



**ANALISIS PEMBIAYAAN PADA PROGRAM  
KESEHATAN IBU DAN ANAK MELALUI METODE *HEALTH ACCOUNT*  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh :

**Geofani Armahedi  
NIM 152110101215**

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**ANALISIS PEMBIAYAAN PADA PROGRAM  
KESEHATAN IBU DAN ANAK MELALUI METODE *HEALTH ACCOUNT*  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Geofani Armahedi  
NIM 152110101215**

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

## PERSEMBAHAN

Sebenarnya puji bagi Allah yang Maha Esa atas segala karunia dan kasih sayangNya. Dengan menyebut nama Allah yang Maha Esa, skripsi ini saya persembahkan untuk:

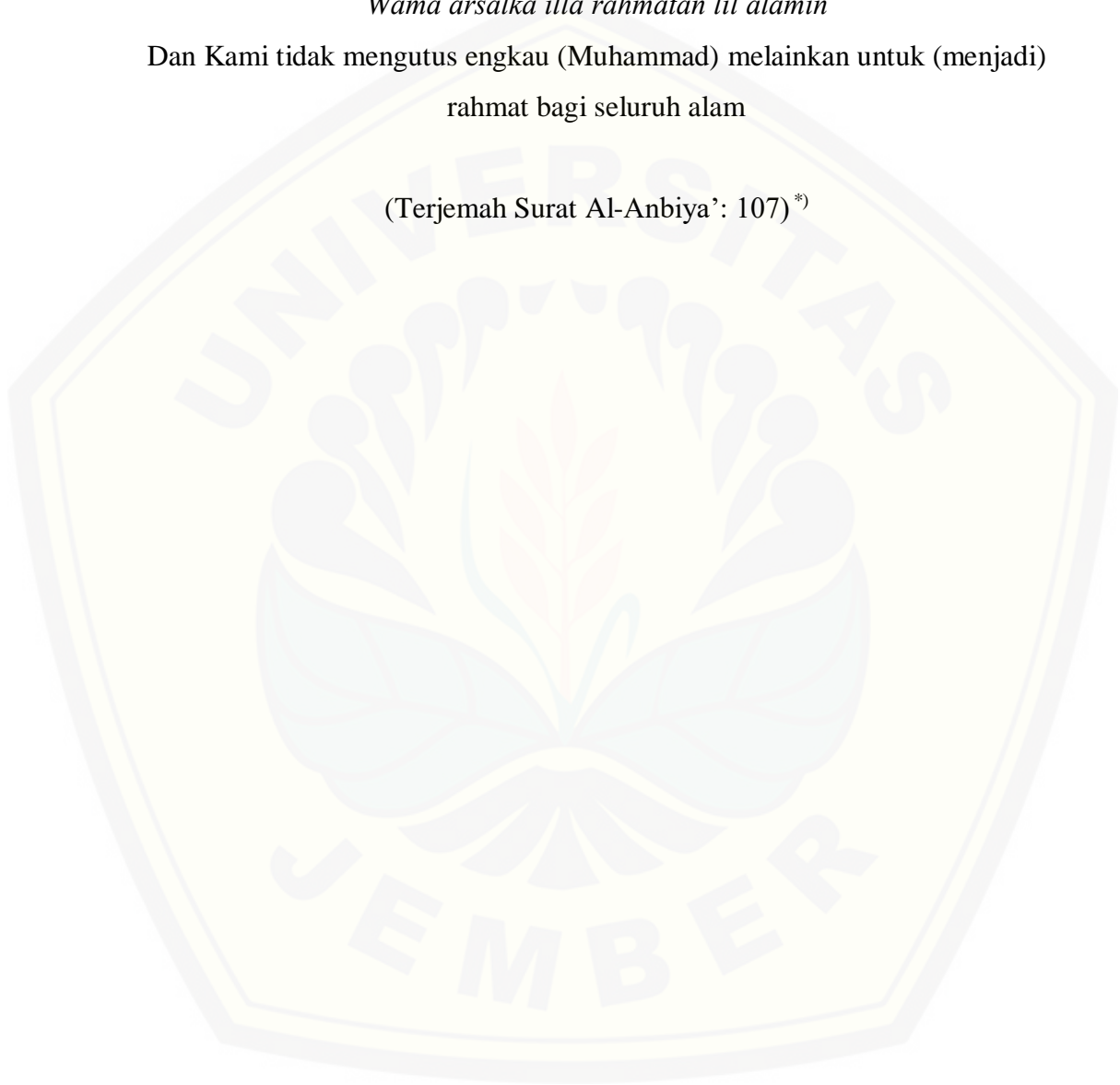
1. Orang tua saya, Bapak Achmad Suyitno dan Ibu Azizah Rustiningsi serta nenek saya Ibu Jamilah. Terimakasih atas cinta dan kasih sayang yang tidak mungkin bisa terbalas, dukungan yang terus mengalir baik secara spiritual dan materil. Semoga Allah Tuhan yang Maha Esa senantiasa melimpahkan rahmatNya.
2. Guru saya, KH Muhammad Hasan Mutawakkil Alallah. Terimakasih atas ilmu dan kasih sayang yang terus tcurahkan.
3. Pengajar dan pendidik penulis sejak TK, SD, SMP, SMA hingga Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu dan pengalaman yang berharga.
4. Adik-adikku tercinta, Iqbal Sifa' Uddin, Iqbil Dawa' Uddin, Paramitha Luna Nabila, dan Prasetyo Abdicky Firdaus. Terimakasih atas segala kasih sayang yang tiada henti.
5. Agama, Negara, dan Almamater tercinta, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

*“Wama arsalka illa rahmatan lil alamin”*

Dan Kami tidak mengutus engkau (Muhammad) melainkan untuk (menjadi)  
rahmat bagi seluruh alam

(Terjemah Surat Al-Anbiya': 107) <sup>\*)</sup>



---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. Mushaf Al-Azhar. Bandung : Penerbit Hilal

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Geofani Armahedi

NIM : 152110101215

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang berjudul: “*Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, terkecuali dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 23 Desember 2019

Yang menyatakan,

Geofani Armahedi

NIM 152110101215

**PEMBIMBING**

**SKRIPSI**

**ANALISIS PEMBIAYAAN PADA PROGRAM  
KESEHATAN IBU DAN ANAK MELALUI METODE *HEALTH ACCOUNT*  
DI KABUPATEN JEMBER**

**Oleh  
Geofani Armahedi  
152110101215**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Senin  
Tanggal : 23 Desember 2019  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
DPU	: Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. NIP. 198207232010121003	(.....)
DPA	: Sri Utami, S.KM., M.M.	(.....)
Penguji		
Ketua	: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. NIP. 197701082005012004	(.....)
Sekretaris	: Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. NIP. 197810162009122001	(.....)
Anggota	: Kaspar, S.Psi, MPH.,AAAK NIP. 197307202000031004	(.....)

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 198005162003122002

## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas anugerah-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “*Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember*”. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat dalam rangka menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Ibu Sri Utami, S.KM., M.M. selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah membimbing, memberikan petunjuk koreksi dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Maka dari itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang memberikan dukungan dan izin dalam penulisan skripsi ini;
3. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan, nasehat, dan motivasi selama penulis menjadi mahasiswa;
4. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Penguji, Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes., selaku Sekretaris Penguji, dan Bapak Kaspar, S.Psi, MPH.,AAAK selaku Penguji Anggota.
5. Kedua orang tua saya, Achmad Suyitno dan Azizah Rustiningsi yang selalu memberikan dukungan doa, moril, materil dan kasih sayang kepada penulis.
6. Keluarga besar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2015, yang selalu memberikan semangat perjuangan menuntu ilmu bersama.



7. Keluarga besar DPC Tanaszaha Jember, Komisariat Tanaszaha Universitas Jember, dan Ikasmausa Jember yang telah berkenan menjadikan saya bagian dari keluarga.
8. Sahabat-sahabat UKM KI Ash Shihah, FORKAM, Diskusi Reboan, dan Besuki.id yang telah mengajarkan saya arti sebuah perjuangan.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, oleh sebab itu penulis mengharap kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis sampaikan terima kasih.

Jember,

Penulis

## RINGKASAN

***Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember***; Geofani Armahedi; 152110101215; 2019; 84 Halaman; Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang belum tuntas di Indonesia. Ibu dan anak harus menjadi prioritas dalam penyelenggaraan kesehatan, hal ini disebabkan ibu dan anak terkategori sebagai kelompok rentan. Penurunan AKI dan AKB merupakan prioritas masalah dalam pembangunan kesehatan nasional yang dapat diselesaikan dengan memperkuat Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Penguatan SKN salah satunya dilakukan dengan penguatan subsistem pembiayaan kesehatan. Sementara pembiayaan kesehatan masih sering memiliki permasalahan seperti anggaran yang relatif kecil serta penggunaan dan pengalokasian belum dilakukan secara efektif dan efisien. Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran (DPPA) Dinkes Kabupaten Jember Tahun 2017 untuk anggaran belanja langsung pada program KIA tahun 2017 mencapai Rp 2.120.406.500,00. Anggaran tersebut mengalami peningkatan 54,11% dari tahun 2016. Penambahan anggaran tersebut belum berjalan secara efektif dan efisien, dibuktikan dengan rendahnya pencapaian target program KIA tahun 2017 yaitu 49 kasus kematian ibu dan 233 kematian bayi. Proses identifikasi anggaran pada program KIA dapat dilakukan dengan *Health Account*. Pendekatan ini akan menelusuri sumber serta aliran dana sebuah sistem kesehatan. Untuk mengetahui keadaan pembiayaan kesehatan pada program KIA secara menyeluruh, maka perlu dilakukan analisis pembiayaan kesehatan pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui metode *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Unit analisis pada penelitian ini adalah Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Dinas Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana, serta LSM GAIN. Variabel dalam penelitian ini adalah sembilan dimensi dari *Health Account*, yaitu sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan,

jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, dan penerima manfaat. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara dan studi dokumen. Analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan sebagian besar anggaran program KIA di Kabupaten Jember berasal dari APBD (95,72%) yaitu Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana tersebut banyak dikelola oleh Dinas Kesehatan (88,39%) sekaligus menjadi penyelenggara pelayanan terbesar (77,21%). Perencanaan dan pengadaan merupakan program yang memiliki alokasi anggaran terbesar (61,14%). Pembiayaan banyak dialokasikan untuk kegiatan tidak langsung (76,02%) dengan belanja terbesar untuk belanja investasi (55,37%) yang sebagian besar digunakan untuk belanja pengadaan kendaraan ambulans. Akibatnya kinerja dari program KIA belum berjalan secara optimal. Anggaran banyak dialokasikan untuk kegiatan pada tingkat desa (61,02%), yang sebagian besar kegiatannya digunakan untuk kegiatan pengadaan. Sementara sebagian besar penerima manfaatnya adalah kelompok umur yang belum dipilah, dalam artian bayi, balita, dan usia produktif menerima manfaat suatu kegiatan secara bersamaan.

Saran yang dapat diberikan untuk pemerintah Kabupaten Jember yaitu perlu menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) diarahkan kepada pembangunan berparadigma sehat. Pemerintah Kabupaten Jember juga harus membangun sistem informasi manajemen keuangan daerah yang terintegrasi. Pemerintah daerah juga harus membuat payung hukum untuk melembagakan pelaksanaan *Health Account* ditingkat daerah sehingga dapat menjadi dasar dalam perencanaan dan pengalokasian anggaran kesehatan di Kabupaten Jember sekaligus mengukur kinerja anggaran kesehatan daerah.

**SUMMARY**

***Analysis of Financing on Maternal and Child Health Program Trough Health Account Method in Jember***; Geofani Armhedi; 152110101215; 2019; 84 pages; Undergraduate of Public Health Study Program; Faculty of Public Health; University of Jember.

Maternal and Child Health (MCH) is one of the health problems unresolved in Indonesia. Mother and child must be a priority of health care, this is because mothers and children are categorized as vulnerable groups. The reduction of Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) is a priority problem in National health development that can be resolved by strengthening the National Health System (SKN). One of the ways to strengthen SKN is by strengthening the health financing subsystem. While health financing still often has problems such as relatively small budgets and the use and allocation has not been done effectively and efficiently. Based on the Revised Budget Implementation Document (DPPA) of Public Health Office Jember in 2017 for direct expenditure budget on MCH program in 2017, it reaches Rp 2,120,406,500.00. Budget has increased 54.11% from 2016. Additional of the budget is not running effectively and efficiently, as evidenced by the low achievement for KIA target program in 2017 that is 49 cases of maternal deaths and 233 infant deaths. Identifying process in the MCH program can be done with a Health Account. This approach will track the source and flow of funds for a health system. To find out the condition of health financing in the overall MCH program, it is necessary to analysis of financing health in MCH program trough Health Account (HA) method in Jember.

This study used descriptive research. Analysis unit in this study was Public Health Office, Education Authorities, Women's Empowerment, Child Protection and Family Planning Office, and GAIN as a NGO. Variables in this study were nine dimensions of Health Account, that was financing source, financing agent, health provider, health care function, program, health activity, health input, level of activity, and health beneficiaries. Data collection techniques

used that was interviews and documentation study. This study used univariate analysis and bivariate analysis.

Based on the results of study most of the MCH program budget in Jember came from the APBD (95,72%), that was General Allocation Fund (DAU) and Special Allocation Fund (DAK). Funding mostly managed by the Public Health Office (88,39%) and was largest service provider (77,21%). Planning and procurement was a program that had the largest budget allocation (61.14%). Funding was mostly allocated for indirect activities (76.02%) with the largest expenditure for investment expenditure (55.37%) which was mostly used for ambulance vehicle procurement expenditure. As a result, the performance of the MCH program had not run optimally. Much of budget was allocated for activities at the village level (61.02%), most of which were used for procurement activities. While most of the beneficiaries were the age group that had not sorted out, in the sense of infants, toddlers, and productive ages receiving the benefits of an activity simultaneously.

Suggestions that can be given to Jember District Government are need to develop Local Government Medium Term Development Plan directed toward healthy paradigm development. Jember District Government must also develop an integrated district financial management information system. District Government must also create a legal protection to institutionalize the implementation of Health Accounts at district level so it can become basis for planning and allocating health budget in Jember while simultaneously measuring performance of district health budget.

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERSEMBAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>PEMBIMBING .....</b>	<b>v</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN.....</b>	<b>ix</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xviii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Tujuan.....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
<b>1.4 Manfaat.....</b>	<b>7</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Sistem Kesehatan.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Pembiayaan Kesehatan .....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Definisi Pembiayaan Kesehatan .....	10
2.2.2 Unsur-Unsur Pembiayaan Kesehatan.....	11
2.2.3 Prinsip Sistem Pembiayaan Kesehatan .....	12
2.2.4 Jenis-Jenis Pembiayaan Kesehatan .....	13

2.2.5 Masalah Pembiayaan Kesehatan.....	14
2.2.6 Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	15
<b>2.3 Pendanaan Program Kesehatan.....</b>	<b>15</b>
2.3.1 Pengelolaan Keuangan Daerah Bidang Kesehatan .....	15
2.3.2 Tahapan Pengelolaan Keuangan Daerah .....	16
<b>2.4 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) .....</b>	<b>24</b>
<b>2.5 Health Account .....</b>	<b>28</b>
2.5.1 System of Health Account (SHA).....	28
2.5.2 Dimensi Health Account (HA) .....	30
<b>2.6 Kerangka Teori.....</b>	<b>45</b>
<b>2.6 Kerangka Konsep .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>48</b>
<b>3.3 Unit Analisis dan Responden.....</b>	<b>48</b>
<b>3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....</b>	<b>49</b>
<b>3.5 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>52</b>
<b>3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....</b>	<b>53</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data .....	53
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	54
<b>3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....</b>	<b>54</b>
3.7.1 Teknik Penyajian Data .....	54
3.7.2 Teknik Analisis Data .....	54
<b>3.8 Alur Penelitian .....</b>	<b>56</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>57</b>
<b>4.1 Hasil .....</b>	<b>57</b>
4.1.1 Gambaran Komponen Pembiayaan Kesehatan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember.....	57
4.1.2 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Program Kesehatan dan Mata Anggaran Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember .....	63
4.1.3 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Program Kesehatan dan Penerima Manfaat Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember .....	64
4.1.4 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Mata Anggaran Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember .....	65

<b>4.2 Pembahasan</b> .....	<b>65</b>
4.2.1 Komponen Pembiayaan Kesehatan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember .....	65
4.2.2 Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember Berdasarkan Program Kesehatan dan Mata Anggaran .....	74
4.2.3 Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember Berdasarkan Program Kesehatan dan Penerima Manfaat .....	75
4.2.4 Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Jember Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Mata Anggaran .....	76
<b>BAB 5. PENUTUP</b> .....	<b>78</b>
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	<b>78</b>
<b>5.2 Saran</b> .....	<b>79</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>80</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>85</b>

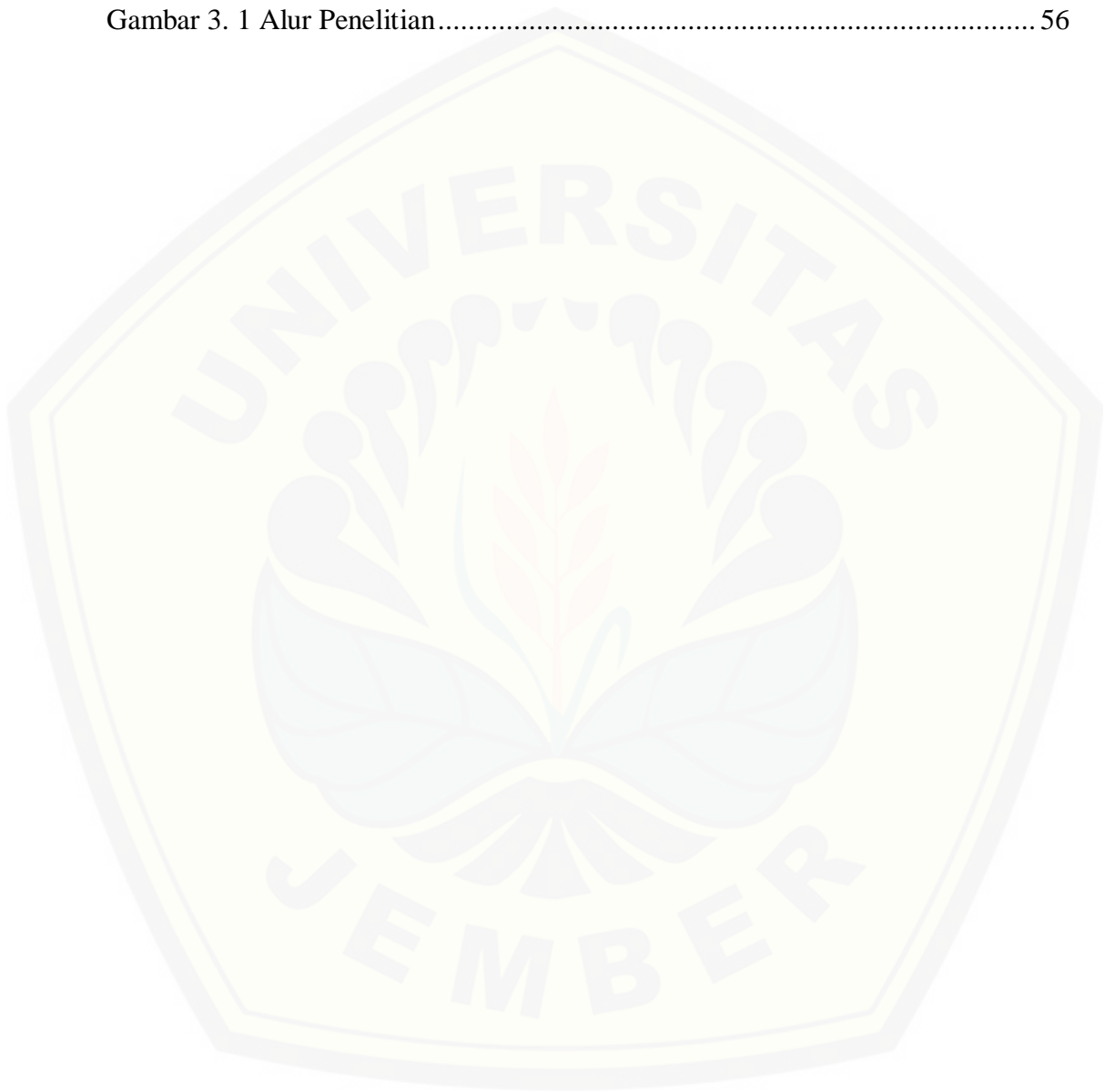


**DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Proses Perencanaan dan Penganggaran Keuangan Daerah.....	18
Tabel 2. 2 Proses Pelaksanaan Keuangan Daerah .....	22
Tabel 2. 3 Proses Pertanggungjawaban Keuangan Daerah .....	24
Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	49
Tabel 4. 1 Biaya Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember .....	58
Tabel 4. 2 Pengelola Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember .....	59
Tabel 4. 3 Penyelenggara Pelayanan Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember.....	59
Tabel 4. 4 Fungsi Kesehatan Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember .....	60
Tabel 4. 5 Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember .....	60
Tabel 4. 6 Jenis Kegiatan Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember	61
Tabel 4. 7 Mata Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember	62
Tabel 4. 8 Jenjang Kegiatan Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember .....	62
Tabel 4. 9 Penerima Manfaat Program Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Jember .....	63
Tabel 4. 10 Pogram Kesehatan dan Mata Anggaran Program KIA Kabupaten Jember .....	63
Tabel 4. 11 Program Kesehatan dan Penerima Manfaat Program KIA Kabupaten Jember .....	64
Tabel 4. 12 Jenis Kegiatan dan Mata Anggaran Program KIA Kabupaten Jember	65

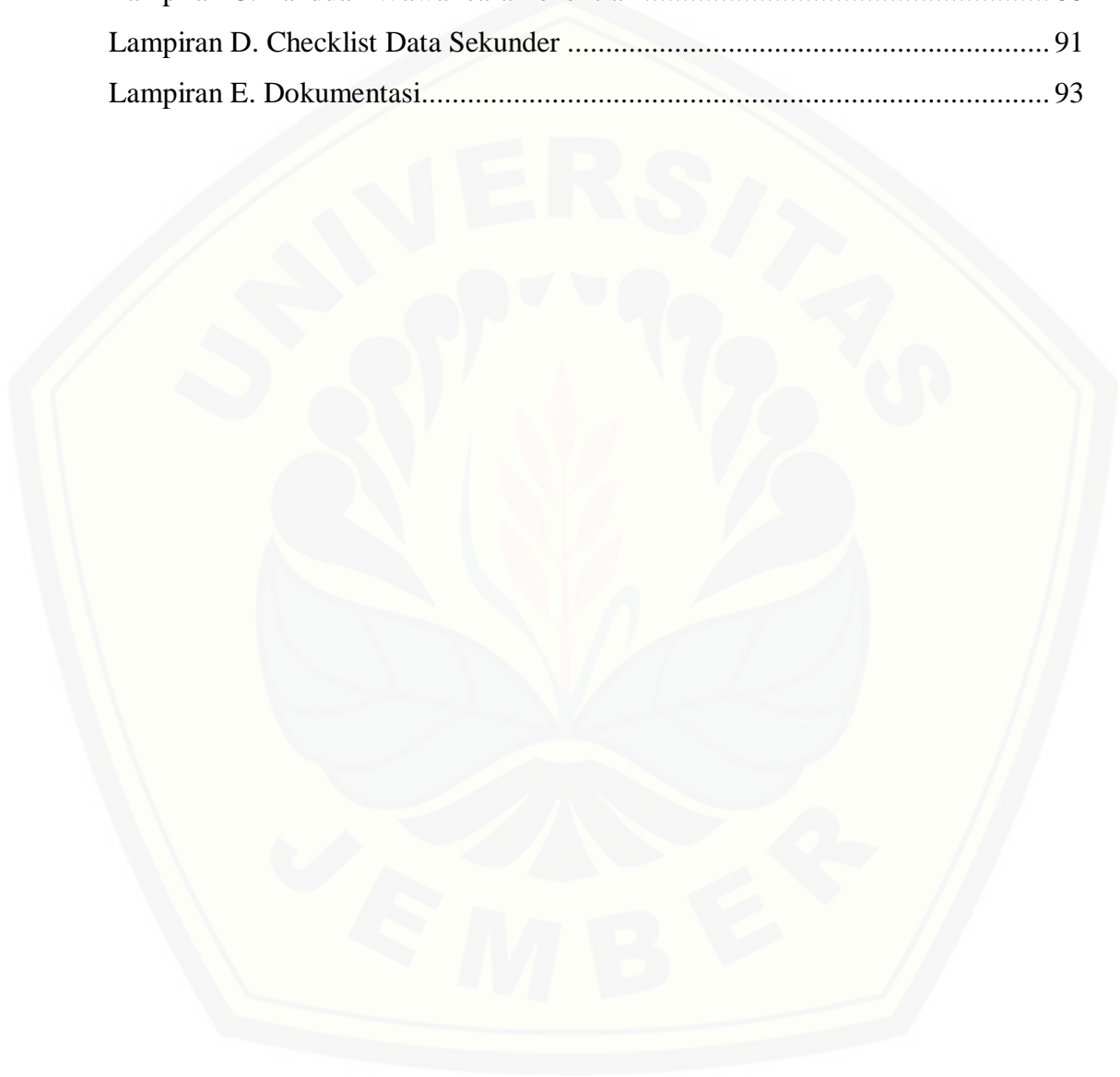
**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	45
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep .....	46
Gambar 3. 1 Alur Penelitian.....	56



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran A. Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ) .....	85
Lampiran B. Panduan Wawancara Penelitian .....	86
Lampiran C. Panduan Wawancara Penelitian .....	88
Lampiran D. Checklist Data Sekunder .....	91
Lampiran E. Dokumentasi.....	93



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Prinsip dasar dalam peningkatan kualitas masyarakat telah tertuang dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 Pasal 28H ayat 1 juncto Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 pasal 34 ayat 3 yang menjelaskan secara umum bahwa Negara memiliki kewajiban untuk menyediakan dan menjamin rakyatnya mendapatkan pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan pembangunan nasional. Derajat kesehatan menjadi penilaian untuk mengukur kualitas hidup dalam suatu bangsa. Indikator yang dinilai sensitif dan menjadi kesepakatan dunia internasional sebagai ukuran derajat kesehatan suatu negara salah satunya adalah Kesehatan Ibu dan Anak (Helmizar, 2014).

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang belum tuntas di Indonesia. Ibu dan anak adalah anggota keluarga yang perlu mendapatkan perhatian serta prioritas dalam usaha penyelenggaraan kesehatan, hal ini disebabkan ibu dan anak terkategori sebagai kelompok rentan pada kualitas kesehatan suatu keluarga. Keberhasilan dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan ibu dapat dilihat melalui indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Pada kesehatan anak yang menjadi indikator utama adalah Angka Kematian Bayi (AKB) (Depkes RI,2017).

Menurut hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 di Indonesia AKI mengalami penurunan dari tahun 2012 yaitu dari angka 359 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB mencapai angka 22,23 per 1.000 kelahiran hidup (Depkes RI,2017). Sasaran pembangunan kesehatan yang berdasarkan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 Indonesia saat ini sudah mencapai target yaitu menurunkan AKI hingga 306 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan AKB hingga 24 per 1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2015). Kendati demikian AKI dan AKB di Indonesia tetap perlu mendapatkan perhatian karena pembangunan

kesehatan yang berdasarkan pada target global *Sustainable Development Goals* (SDGs) berusaha untuk mengakhiri permasalahan kematian ibu dan bayi pada tahun 2030 yang tercantum pada tujuan nomor tiga, yaitu menurunkan AKI hingga 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan AKB hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup (ILO, 2018).

Tahun 2012 terdapat enam provinsi yang menjadi fokus pemerintah dalam mengatasi permasalahan kematian ibu, di antaranya Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Hal yang mendasari dikarenakan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam Provinsi tersebut (Depkes RI, 2017). Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Timur dari tahun 2015 hingga tahun 2017 mengalami peningkatan, Pada tahun 2015 AKI di Provinsi Jawa Timur berada pada angka 89,6 per 100.000 kelahiran hidup, dan 91 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016 serta mengalami kenaikan lagi pada tahun 2017 yaitu mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan untuk AKB di Provinsi Jawa Timur masih menjadi masalah terkait KIA yang terjadi setiap tahunnya, bahwa sejak tahun 2005 sampai dengan 2016 ada kecenderungan stagnan di angka 30 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2005 AKB di Provinsi Jawa Timur berada pada angka 36,65 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 berada di angka 28,31 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2015 berada pada angka 24 per 1000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2016 masih berada di angka 23,6 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes Jawa Timur, 2016). Tahun 2017 mengalami sedikit penurunan dari tahun sebelumnya yaitu berada pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup. Namun secara absolut AKB di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 masih tinggi yaitu mencapai angka 4.059 untuk kematian bayi pertahun dan 4.464 kematian balita pertahun, dalam artian terdapat 11 bayi dan 12 balita meninggal setiap harinya (Dinkes Jawa Timur, 2017).

Kabupaten Jember menjadi salah satu Kabupaten di Jawa Timur yang masih mengalami permasalahan KIA. Hal ini dapat dilihat dari adanya kenaikan AKI sejak tahun 2014 hingga tahun 2017. Pada tahun 2014 AKI berada pada posisi 86,13 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2015 mengalami

kenaikan pada posisi 87,73 per 100.000 kelahiran hidup, sementara pada tahun 2016 mencapai 91,01 per 100.000 kelahiran hidup, dan puncaknya pada tahun 2017 yaitu berada pada angka 135,3 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kabupaten Jember, 2017). Tahun 2018 AKI di kabupaten jember mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu mencapai 114,3 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini masih belum mencapai target Sasaran Pembangunan Kesehatan (Renstra) Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2016 yaitu 87,73 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan untuk AKB pada tahun 2017 mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2016, yang awalnya 6,01 per 1.000 kelahiran hidup mengalami kenaikan menjadi 6,41 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Kabupaten Jember, 2017). Tahun 2018 AKB di Kabupaten Jember turun hingga mencapai angka 4,6 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Kabupaten Jember, 2019).

Kesehatan Ibu dan Anak menjadi salah satu prioritas masalah kesehatan yang harus menjadi perhatian khusus oleh pemerintah maupun pemerintah daerah. Dalam Permenkes RI No 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga tertuang bahwa dalam rangka mempercepat pembangunan kesehatan nasional untuk mencapai Indonesia Sehat perlu dilakukan penguatan terhadap subsistem SKN (Sistem Kesehatan Nasional). Program ini memiliki empat prioritas masalah kesehatan yang salah satunya adalah penurunan angka kematian ibu dan bayi. Penerapan pendekatan keluarga merupakan bentuk usaha dalam proses penguatan subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, serta subsistem pemberdayaan masyarakat.

Pembiayaan dibidang kesehatan merupakan salah satu permasalahan yang memerlukan perhatian khusus. Pembiayaan kesehatan menjadi permasalahan di Indonesia, selain pembiayaan dibidang kesehatan relatif kecil juga penggunaan dan pengalokasian belum dilakukan secara efektif dan efisien (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016). Jika ditinjau berdasarkan Undang-Undang RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah daerah provinsi ataupun kabupaten/kota wajib mengalokasikan anggaran sebesar 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah diluar gaji. Permasalahan yang sering kali terjadi

adalah pengalokasian tidak sesuai dengan prioritas kesehatan serta perilaku belanja masih cenderung pada barang investasi dan kegiatan tidak langsung, akibatnya biaya operasinal dan biaya untuk kegiatan langsung menjadi berkurang (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016). Menurut penelitian oleh Priagung & Mafudi (2016) penyerapan anggaran berpengaruh signifikan terhadap kinerja keuangan organisasi publik. Birokrasi memiliki kewajiban untuk mengelola keuangan secara tepat sasaran serta tepat waktu sehingga realisasi anggaran dapat terserap secara baik.

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Jember Tahun Anggaran 2017 untuk anggaran belanja langsung yang dilakukan oleh dinas kesehatan Kabupaten Jember dalam upaya program KIA tahun 2017 mencapai Rp 2.120.406.500,00. Anggaran tersebut mengalami peningkatan 54,11% atau Rp 744.542.500,00 dari tahun 2016. Penambahan anggaran dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak ternyata belum berjalan secara optimal, dibuktikan dengan rendahnya pencapaian target program KIA tahun 2017 di Kabupaten Jember yaitu 49 kasus kematian ibu dan 233 kematian bayi. Sementara pada tahun 2018 alokasi anggaran untuk program KIA sebesar Rp. 5.750.667.000 akan tetapi realisasi penyerapan anggaran pada program tersebut hanya sebesar Rp. 2.303.314.010, sehingga penurunan AKI dan AKB pada tahun 2018 tidak cukup signifikan, masih ditemukan 41 kasus kematian ibu dan 166 kasus kematian bayi. Permasalahan tersebut menimbulkan sebuah pertanyaan bagaimana pengelolaan pembiayaan kesehatan pada program tersebut.

Secara realita terdapat beberapa permasalahan mengenai pembiayaan kesehatan pada tingkat Kabupaten/Kota, seperti pemanfaatan anggaran untuk belanja fisik, kurangnya anggaran untuk biaya operasional, realisasi anggaran pemerintah yang mengalami keterlambatan dan lain-lain. Dalam proses identifikasi anggaran pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dapat dilakukan dengan *Health Account* (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016). Menurut Dodo *et al.*, (2012) keterlambatan pencairan dana sangat berpengaruh terhadap kualitas implementasi program kesehatan. Pendekatan *Health Account*

pada mulanya dicetuskan oleh *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) sebuah organisasi internasional yang beranggotakan 35 negara untuk bekerjasama dalam pembangunan ekonomi. OECD mengembangkan *System of Health Account* (SHA) yang didalamnya memuat kode akun belanja kesehatan dikenal dengan sebutan *International Classification of Health Account* (ICHA). Pada perjalanannya kegiatan *Health Account* di Indonesia hanya dilakukan secara insidental, terbatas pada kegiatan proyek dibidang kesehatan, tidak dilakukan secara teratur dan berkelanjutan. Padahal *Health Account* sangat dibutuhkan dalam upaya perbaikan sistem pembiayaan kesehatan sehingga menjadi alat bantu kelencaraan pelaksanaan program kesehatan (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

*Health Account* menjadi alat untuk membahas tiga pertanyaan dasar yaitu dari mana uang itu berasal, kemana uang itu pergi, dan layanan apa yang dilakukan dan jenis barang apa yang dibeli. Sehingga *Health Account* diatur dalam sistem tri-aksial dalam proses perekaman pembiayaan kesehatan yaitu (ICHA-HC) pendefinisian perawatan kesehatan berdasarkan fungsi, (ICHA-HP) pendefinisian intansi penyedia pelayanan perawatan kesehatan, dan (ICHA-HF) pendefinisian sumber pendanaan perawatan kesehatan. *Health Account* memberikan deskripsi sistematis aliran keuangan yang terkait dengan konsumsi barang dan jasa perawatan kesehatan. Tujuannya adalah untuk menggambarkan sistem kesehatan secara perspektif pembelanjaan. Salah satu prioritasnya adalah mengembangkan data yang dapat diandalkan dan tepat waktu yang dapat dibandingkan di seluruh negara dan dari waktu ke waktu. Hal ini sangat diperlukan untuk melacak tren dalam belanja kesehatan, yang dapat digunakan sebagai asumsi pertumbuhan pada masa yang akan datang (OECD, 2011:20). *Health Account* juga dapat membandingkan peran dan fungsi antara instansi pemerintah, swasta, serta perusahaan asuransi kesehatan dalam menyediakan pelayanan yang dibutuhkan (Zakeri *et al.*, 2015)

*Health Account* adalah suatu proses pencatatan arus dana kesehatan yang dituliskan secara komprehensif, sistematis, dan konsisten dalam suatu sistem kesehatan pada suatu wilayah. Pendekatan ini akan menelusuri sumber serta aliran



dana sebuah sistem kesehatan pada tahun serta wilayah tertentu (Poullier et al. WHO, 2002 dalam PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016). Untuk mengetahui keadaan pembiayaan kesehatan pada program KIA secara menyeluruh maka perlu digunakan pendekatan *Health Account* yang berfokus pada anggaran pada daerah tingkat II sehingga dapat memberikan dampak tidak langsung pada capaian program KIA, maka perlu dilakukan penelitian tentang pembiayaan kesehatan pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui metode *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pembiayaan kesehatan pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui metode *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember ?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisa pembiayaan kesehatan pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui metode *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi komponen pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, dan penerima manfaat pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Kabupaten Jember.
- b. Menganalisis program kesehatan menurut mata anggaran pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis program kesehatan menurut penerima manfaat pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis jenis kegiatan menurut mata anggaran pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Kabupaten Jember.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan keilmuan, khususnya dalam lingkup Administrasi dan Kebijakan Kesehatan mengenai ekonomi kesehatan.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### a. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan nilai tambah dan pengembangan pengetahuan peneliti tentang kebijakan bidang kesehatan, serta mengimplementasikan ilmu yang telah diperoleh pada masa kuliah khususnya mengenai ekonomi kesehatan dan *Health Account*.

#### b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan kepustakaan terkait pembiayaan pada program KIA di Kabupaten Jember sehingga juga dapat memberikan tambahan wawasan bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat.

#### c. Bagi Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu dasar pertimbangan bagi Kabupaten Jember untuk melakukan analisis dan perbaikan pada pembiayaan program KIA di Kabupaten Jember.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Sistem Kesehatan

Sistem Kesehatan secara bahasa terdiri dari dua kata yaitu “sistem” dan “kesehatan”. Menurut Azwar (2010:24) sistem merupakan kumpulan dari berbagai bagian yang saling berhubungan dan menciptakan satu-kesatuan yang majemuk, dimana setiap bagian melakukan kerjasama secara bebas dan tetap terkait guna mencapai tujuan. Kesehatan menurut WHO (1947) merupakan keadaan sejahtera secara sempurna baik fisik, mental serta sosial yang tidak terbatas pada bebas dari penyakit saja. Adapun menurut WHO (1984) sistem kesehatan adalah sebuah kumpulan dari bermacam-macam faktor yang saling berhubungan pada suatu Negara dan bersifat kompleks, yang dibutuhkan guna memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan baik perorangan, kelompok, keluarga maupun masyarakat yang sertiap saat dibutuhkan (Azwar, 2010:25).

Negara memiliki bentuk pokok dari suatu sistem kesehatan yang sangat bervariasi antar Negara satu dengan yang lainnya. Hal ini bergantung pada faktor-faktor yang memiliki pengaruh terhadap sistem kesehatan itu sendiri. Faktor yang dimaksud antara lain adalah (Azwar, 2010:35):

#### a. Peranan unsur pembentuk sistem kesehatan

Pembentukan sistem kesehatan sangat ditentukan oleh tiga unsur utama yaitu:

- 1) Pemerintah, yaitu pemerintah menjadi pihak yang memiliki tanggung jawab untuk merumuskan bermacam-macam kebijakan pemerintah, yang didalamnya termasuk kebijakan kesehatan (*policy maker*).
- 2) Masyarakat, yaitu perorangan maupun kelompok yang mendapatkan manfaat dari jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).
- 3) Penyedia pelayanan kesehatan, yaitu pihak yang memiliki tanggung jawab secara langsung untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan (*health provider*).

b. Pemanfaatan sumber, tata cara dan kesanggupan

Sistem kesehatan jika dilihat secara pemanfaatan sumber, tata cara dan kesanggupan maka dapat diklasifikasi atas tiga bentuk yaitu:

- 1) Sistem kesehatan pada Negara maju yaitu sistem kesehatan yang telah mampu memanfaatkan dari kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan secara optimal.
- 2) Sistem kesehatan pada Negara berkembang yaitu sistem kesehatan yang memulai untuk memanfaatkan kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan.
- 3) Sistem kesehatan pada Negara terbelakang yaitu sistem kesehatan yang belum sama sekali memanfaatkan kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan.

c. Unsur pokok sistem kesehatan

Tiga syarat unsur pokok pada sistem kesehatan adalah:

- 1) Organisasi pelayanan, yaitu kejelasan dari jenis, jumlah, bentuk, penyebaran, hubungan serta jenjang dalam suatu sistem organisasi kesehatan.
- 2) Organisasi pembiayaan, yaitu kejelasan dari jumlah, penyebaran, mekanisme pembiayaan serta pemanfaatan pada suatu sistem organisasi pembiayaan kesehatan.
- 3) Mutu pelayanan dan pembiayaan, yaitu upaya menjamin mutu pelayanan dan pembiayaan kesehatan agar tetap sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan.

d. Subsistem dalam sistem kesehatan

Secara umum sistem kesehatan diklasifikasikan menjadi dua subsistem yaitu:

- 1) Subsistem Pelayanan Kesehatan, yaitu merujuk pada keterpaduan dan kesatuan serta keutuhan sistem pelayanan kesehatan dari bermacam-macam upaya kesehatan pada suatu Negara.
- 2) Subsistem Pembiayaan Kesehatan, yaitu merujuk pada keterpaduan dan kesatuan serta keutuhan sistem pembiayaan kesehatan dari bermacam-macam upaya kesehatan yang berlaku pada suatu Negara.

## 2.2 Pembiayaan Kesehatan

### 2.2.1 Definisi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah proses penyelenggaraan yang berasal dari berbagai upaya penggalan, pengalokasian, serta pembelanjaan anggaran kesehatan guna mendukung proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan tujuan mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Perpres No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional). Adapun menurut Azwar (2010:128) pengertian dari pembiayaan kesehatan adalah besaran biaya kesehatan yang harus disediakan dalam proses menyelenggarakan upaya-upaya kesehatan yang diperlukan baik oleh perorangan, kelompok, keluarga serta masyarakat. Dari pengertian tersebut terdapat dikotomi antara penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*) (Azwar, 2010:129). Adapun secara jenis biaya kesehatan terbagi menjadi dua jenis sesuai dengan pembagian pelayanan kesehatannya yaitu:

- a. Biaya pelayanan kedokteran yaitu biaya yang dibutuhkan guna melakukan pelayanan kedokteran yang bertujuan sebagai usaha mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan penderita.
- b. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat yaitu biaya yang dibutuhkan guna melakukan pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan serta mencegah penyakit (Azwar, 2010:131).

Pembiayaan kesehatan yang baik dapat ditandai dengan syarat pokok dalam pembiayaan kesehatan yang telah dipenuhi. Syarat-syarat pokok dari pembiayaan kesehatan tersebut antara lain adalah (Azwar, 2010:133):

- a. Jumlah

Syarat utama pada sistem pembiayaan kesehatan adalah kecukupan jumlah dana yang disediakan. Dalam artian biaya untuk menyelenggarakan upaya-upaya kesehatan yang dibutuhkan terpenuhi sehingga tidak memberikan kesulitan pada masyarakat yang ingin memanfaatkan upaya kesehatan tersebut.

#### b. Penyebaran

Penyebaran dana juga menjadi syarat, dimana dana harus tersebar sesuai dengan kebutuhannya. Dampak dari penyebaran atau pengalokasian dana yang tidak baik adalah kesulitan penyelenggara setiap upaya kesehatan untuk menyelenggarakannya.

#### c. Pemanfaatan

Pemanfaatan dana juga menjadi penting agar penerima manfaat upaya kesehatan dapat merasakan secara langsung. Sehingga pemanfaatan dana kesehatan harus tepat sasaran, sekalipun penyebaran dana dilakukan dengan baik serta jumlah dana yang tersedia banyak jika pemanfaatannya tidak diatur secara baik maka akan memberikan dampak masalah yaitu kesulitan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

### 2.2.2 Unsur-Unsur Pembiayaan Kesehatan

Unsur-unsur pembiayaan kesehatan secara umum terbagi menjadi tiga unsur yaitu (Perpres No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional):

#### a. Dana

Dana menjadi alat untuk melakukan pembangunan kesehatan yang harus bersifat akuntabel dan berkecukupan. Sumber dana dalam pembangunan kesehatan yang berasal dari pemerintah atau pemerintah daerah berasal dari pajak umum, pajak khusus, pinjaman yang tidak mengikat atau bantuan, dan sumber-sumber yang lain yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Sumber dana yang berasal dari pihak swasta didapatkan melalui prinsip kemitraan antara pemerintah ataupun pemerintah daerah serta masyarakat yang didukung melalui pemberian insentif. Sumber dana yang berasal dari masyarakat didapat secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilaksanakan dengan pasif yaitu melakukan pemanfaatan dana yang telah terkumpul di masyarakat. Sumber dana bagi pelayanan kesehatan perorangan didapatkan melalui pengumpulan serta penggalan dana perorangan dan didorong dengan bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan (Rachmat, 2017:88).

#### b. Sumber daya

Sumber daya pada pembiayaan kesehatan bertujuan untuk menghasilkan daya guna dan hasil guna dalam melaksanakan penggalian dana, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan sebagai upaya mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Sumber daya tersebut terdiri dari sumber daya manusia pengelola, regulasi, standar, sarana, serta kelembagaan.

#### c. Pengelolaan Dana Kesehatan

Mekanisme atau prosedur pengelolaan dana kesehatan merupakan seperangkat regulasi yang menjadi kesepakatan bersama dan dilaksanakan secara konsisten oleh pelaksana subsistem pembiayaan kesehatan. Pelaksana tersebut dapat berasal dari Pemerintah, Pemerintah Daerah secara lintas sektor, masyarakat, ataupun swasta yang terdiri dari prosedur penggalian dana, pembelanjaan dana kesehatan, serta pengalokasian dan juga prosedur pertanggung jawabannya.

#### 2.2.3 Prinsip Sistem Pembiayaan Kesehatan

Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan terbagi kedalam tiga prinsip yang diantaranya adalah (Perpres No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional):

##### a. Kecukupan

Pembiayaan kesehatan yang berkeadilan (egaliter) diperuntukkan kepada seluruh masyarakat utamanya kepada kalangan miskin dan tidak mampu dimana hal tersebut menjadi tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta juga termasuk tanggung jawab masyarakat ataupun pihak swasta. Pengalokasian dana kesehatan yang berasal dari Pemerintah ataupun Pemerintah Daerah dilaksanakan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, guna mengupayakan kecukupan dan peningkatan dana kesehatan sesuai kebutuhan berdasarkan besaran presentase sebagaimana tertuang didalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Penggalian dana kesehatan yang didapatkan dari berbagai sumber juga dilakukan secara konsisten serta terus ditingkatkan

untuk menjamin kecukupan sehingga jumlahnya dapat sesuai terhadap kebutuhan. Pengelolaan pada dana tersebut harus dilakukan secara transparan, akuntabel, adil, berdaya guna dan berhasil guna, disalurkan secara tepat sasaran dengan memperhatikan fleksibilitas dan subsidiaritas, berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.

b. Efektif dan Efisien

Fasilitas pelayanan kesehatan perlu melakukan pengembangan sistem pembiayaan kesehatan kearah sistem pembayaran prospektif. Pembayaran prospektif dapat berbentuk berupa pembayaran kapitasi, pembayaran *Case-Mix*, serta pembayaran dengan anggaran global (*payment by global budget*) (Bastian, 2008:251). Pembelanjaan kesehatan dilaksanakan berdasarkan kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran serta kompetensi dari pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk menjamin efisiensi dan efektifitas penggunaan dana kesehatan.

c. Adil dan Transparan

Dana kesehatan yang telah terkumpulkan dari segala sumber baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat maupun swasta dimanfaatkan secara adil (egaliter) sehingga dapat menjamin terlindunginya serta terpeliharanya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasarnya yaitu kesehatan. Dana tersebut dimanfaatkan secara bertanggung gugat dan bertanggung jawab (akuntabel) dengan dasar prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*), transparan, serta mengacu kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### 2.2.4 Jenis-Jenis Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia secara umum terbagi dalam dua sistem yaitu (Calundu, 2018:43) :

a. *Fee for Service (Out of Poket)*

*Fee for Service* merupakan tata cara pembayaran dimana pasien atau penanggung dana membayar secara penuh kepada penyedia pelayanan kesehatan setelah pelayanan kesehatan usai diberikan. Metode ini disebut pembayaran per *item*, seperti tindakan terapi, diagnosis, serta pelayanan kesehatan. Jumlah yang



dibayar pada metode ini sesuai dengan pelayanan yang tertera pada tagihan (Bastian, 2008:251).

b. *Health Insurance*

*Health Insurance* merupakan sebuah sistem yang memberikan sebuah kepastian kepada seseorang yang menderita sakit bahwa akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara sempurna tanpa mempertimbangkan status ekonomi orang tersebut. Terdapat pihak yang menanggung atau memberikan jaminan biaya perawatan atau pengobatannya yang disebut sebagai asuradur. Tujuannya adalah memberikan keadilan (egaliter) pada sistem pelayanan kesehatan. Asuransi kesehatan menjadi jawaban terhadap ketidakpastian (*uncertain*) terjadinya sakit serta kebutuhan pelayanan kesehatan. Agar kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dipastikan mendapatkan pembiayaan secara cukup, maka dari itu kelompok kecil ataupun seseorang melakukan pengalihan resiko (*transfer of risk*) pada asuradur atau badan penyelenggara jaminan kesehatan (Thabrany, 2007:27). Sistem asuransi kesehatan dapat berupa sistem kapitasi dan sistem *Diagnostic Related Group*. Sistem pembayaran dengan sistem kapitasi adalah pembayaran berdasarkan jumlah “capita” baik sakit maupun tidak sakit yang diberikan di depan sebelum pelayanan diberikan (*prepaid*) oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Adapun *Diagnostic Related Group* merupakan suatu sistem pembayaran yang berdasarkan pada pengelompokan diagnosis pada Rumah Sakit (Sulastomo, 2003:208-209).

#### 2.2.5 Masalah Pembiayaan Kesehatan

Menurut Rachmat (2017) permasalahan strategis dalam pembiayaan kesehatan yang menjadi pokok utama dalam reformasi pembiayaan kesehatan antara lain :

- a. Masyarakat belum sepenuhnya mendapatkan perlindungan secara optimal dalam aspek beban pembiayaan kesehatan.
- b. Keterbatasan dana operasional yang ada pada fasilitas kesehatan dalam proses pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada pelaksanaan program dan kegiatannya.

- c. Pembiayaan kesehatan belum mampu dipenuhi secara sempurna serta pengalokasian dan penggunaan anggaran kesehatan masih belum efektif dan efisien.
- d. Hal-hal pokok yang menjadi acuan pertimbangan dalam kebutuhan biaya untuk melaksanakan pelayanan kesehatan utamanya program prioritas sebagaimana seperti Standar Pelayanan Minimal (SPM) masih belum ada.
- e. Peraturan perundang-undangan pada pembiayaan kesehatan secara khusus masih tergolong terbatas sebagai pendukung untuk mencapai jaminan kesehatan yang merata, serta terkait dengan keterbatasan kemampuan manajemen dalam proses pembangunan kesehatan.

#### 2.2.6 Sumber Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan kesehatan pada ruang lingkup wilayah provinsi maupun kabupaten/kota dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Pemerintah pusat, berasal dari APBN sektoral ataupun dana dekonsentrasi
- b. Pendapatan Asli Daerah (PAD) Menurut Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 terdiri dari hasil pajak daerah, retribusi daerah, hasil perusahaan milik daerah, dan hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan, serta hasil dari lainnya yang sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- c. Dana perimbangan, menurut Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2010 adalah dana yang berasal dari APBN yang dialokasikan ke daerah untuk pembangunan di daerah pada era desentralisasi diantaranya adalah:
  - 1) Dana Alokasi Umum
  - 2) Dana Alokasi Khusus
  - 3) Dana Bagi Hasil (DBH Pajak dan DBH Sumber Daya Alam)

### 2.3 Pendanaan Program Kesehatan

#### 2.3.1 Pengelolaan Keuangan Daerah Bidang Kesehatan

Pengertian pengelolaan keuangan pada tingkat daerah jika berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku adalah seluruh kegiatan perencanaan, pelaksanaan, penatausahaan, serta pertanggung jawaban. Pengelolaan Keuangan

pada pemerintah daerah dilakukan untuk mewujudkan program dan kegiatan pemerintahan dapat terlaksana dengan pendanaan yang efektif, efisien serta ekonomis. (Pamungkas, 2013:3).

Prinsip-prinsip dasar dari pengelolaan keuangan pada sektor publik yaitu komprehensif dan disiplin, legitimasi dan legalitas, fleksibel, *contestability*, akuntabel dan transparan, informatif, kejujuran, serta dapat diprediksi (Pamungkas, 2013:4). Adapun yang menjadi dasar dari pengelolaan keuangan daerah adalah Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah dimana peraturan tersebut menjadi aturan pelaksana dari Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.

### 2.3.2 Tahapan Pengelolaan Keuangan Daerah

Berdasarkan bermacam-macam kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku maka tahapan pengelolaan keuangan daerah dapat dimuat dan dijabarkan sebagai berikut (Pamungkas, 2013:17).

#### a. Perencanaan dan Penganggaran Keuangan Daerah

Pemerintah daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) wajib mengikuti prosedur administratif yang berlaku sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Tujuannya adalah untuk mengatur pengelolaan anggaran daerah yaitu teknis dan prosedur penganggarnya secara taat azas dan tertib sehingga APBD dapat tersusun dan terlaksana dengan baik dan benar. APBD menjadi dasar dalam pengelolaan keuangan daerah dengan masa satu tahun anggaran dimulai dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember.

Proses penyusunan APBD dimulai melalui penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yang mana penyusunan RKPD harus terselesaikan paling lambat pada akhir bulan Mei sebelum tahun anggaran yang direncanakan. Proses selanjutnya adalah penyusunan Kebijakan Umum APBD (KUA) yang dilakukan oleh kepala daerah yang berdasarkan pada RKPD. Rancangan KUA akan disampaikan kepada DPRD oleh kepala daerah dengan batas waktu paling lambat pada pertengahan bulan Juni tahun anggaran berjalan yang selanjutnya

akan dilakukan pembahasan pada pembicaraan pendahuluan RAPBD tahun anggaran selanjutnya. Rancangan KUA yang telah dilakukan pembahasan selanjutnya harus disepakati pada masa waktu paling lambat minggu pertama bulan Juli pada tahun anggaran berjalan. Selanjutnya pemerintah daerah melakukan penyusunan Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) berdasarkan KUA yang telah disepakati. Tahap selanjutnya adalah penyampaian Rancangan PPAS oleh kepala daerah kepada DPRD untuk dilakukan pembahasan pada masa waktu paling lambat minggu kedua bulan Juli pada tahun anggaran berjalan, pada akhir bulan Juli rancangan PPAS harus selesai untuk disepakati yang selanjutnya menjadi Prioritas dan Plafon Anggaran (PPA).

Hasil dari KUA serta PPA yang telah mendapatkan kesepakatan dituangkan pada nota kesepakatan yang ditanda tangani oleh kepala daerah dan pimpinan DPRD. Hasil dari nota kesepakatan menjadi acuan untuk Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) untuk mempersiapkan rancangan surat edaran kepala daerah yang berisikan pedoman penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD) untuk menjadi landasan kepala SKPD dalam penyusunan RKA-SKPD. Penerbitan surat edaran kepala daerah dilakukan paling lambat awal bulan Agustus pada tahun anggaran berjalan. Hasil penyusunan RKA-SKPD disampaikan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk dilakukan koreksi oleh TAPD dan dilakukan penyempurnaan kembali oleh kepala SKPD jika ada ketidaksesuaian terhadap PPA dan KUA yang telah disepakati. RKA-SKPD yang sudah sempurna akan menjadi landasan dalam penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Rancangan peraturan daerah tentang APBD akan disampaikan oleh kepala daerah kepada DPRD pada masa waktu paling lambat minggu pertama bulan Oktober pada tahun anggaran sebelumnya dari tahun anggaran yang direncanakan untuk mendapatkan keputusan bersama. Penetapan keputusan bersama antara DPRD dengan kepala daerah tentang rancangan peraturan daerah tentang APBD paling lambat dilaksanakan satu bulan sebelum tahun anggaran yang akan ditetapkan dijalankan. Raperda APBD yang telah disepakati sebelum ditetapkan harus disampaikan terlebih dahulu kepada Menteri Dalam Negeri untuk tingkat





No	Kegiatan	Tahun Anggaran Sebelumnya dari Tahun Anggaran yang Direncanakan (Bulan ke-)																													
		5				6				7				8				9				10				11-12					
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
10.	Pengam bilan keputus an terhadap Raperda tentang APBD sampai dengan penetap an Perda APBD																														

b. Pelaksanaan dan Penatausahaan Keuangan Daerah

Kepala daerah sebagai pemangku kekuasaan pada penyelenggara pemerintahan pada tingkat daerah juga memiliki kuasa dalam pengelolaan keuangan daerah. Kuasa kepala daerah tentang pengelolaan keuangan daerah dilaksanakan oleh kepala Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah sebagai pejabat pengelola keuangan daerah serta dilaksanakan SKPD sebagai pejabat pengguna anggaran daerah yang berada di bawah garis koordinasi sekretaris daerah. Pemisahan tersebut bertujuan untuk memperjelas dalam pembagian tanggung jawab serta wewenang sehingga dapat meningkatkan profesionalisme pada proses penyelenggaraan tugas pemerintahan. Berdasarkan peraturan yang berlaku Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah ditetapkan sebagai bendahara umum daerah guna memusatkan fungsi perbendaharaan di daerah. SKPD memiliki kewenangan untuk menerbitkan SPM (Surat Perintah Membayar) sebagai pengurusan sistem pembayaran serta pelaksanaan verifikasi sebagai pengurusan administratif.

Menurut Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 kepala SKPD sebagai pejabat pengguna barang dan/atau pengguna anggaran memiliki tugas untuk menyusun DPA-SKPD. Proses penyusunan DPA-SKPD dimulai dari pemberitahuan oleh PPKD kepada kepala SKPD untuk menyusun RKA-SKPD

paling lambat tiga hari kerja setelah ditetapkannya peraturan daerah tentang APBD. Kepala SKPD memiliki waktu enam hari kerja setelah pemberitahuan untuk menyusun lalu menyerahkan rancangan DPA-SKPD kepada PPKD. Selanjutnya rancangan DPA-SKPD akan dilakukan verifikasi oleh TAPD bersama dengan kepala SKPD dengan masa waktu 15 hari kerja setelah ditetapkannya peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD, hasil verifikasi akan disahkan oleh PPKD dengan hasil persetujuan sekretaris daerah. DPA-SKPD yang sudah disahkan selanjutnya disampaikan kepada kepala SKPD, Badan Pemeriksa Keuangan, dan satuan kerja pengawas daerah dengan masa waktu paling lambat tujuh hari kerja setelah DPA-SKPD disahkan. DPA-SKPD akan menjadi landasan pelaksanaan anggaran bagi kepala SKPD sebagai pengguna barang/pengguna anggaran.

Perubahan APBD dapat dimungkinkan terjadi jika perkembangan yang terjadi tidak sejalan dengan asumsi kebijakan umum APBD. Bisa disebabkan adanya keadaan yang mengharuskan untuk melakukan pergeseran anggaran antar unit organisasi, antar jenis belanja, juga antar kegiatan, serta terdapat hal yang mendesak untuk mengharuskan penggunaan saldo anggaran lebih pada tahun sebelumnya dalam pembiayaan anggaran yang sedang berjalan. Pada keadaan darurat juga memberi wewenang kepada pemerintah daerah untuk melakukan pengeluaran yang anggarannya belum tersedia untuk diusulkan pada rancangan perubahan APBD dan/atau dijelaskan pada Laporan Realisasi Anggaran. Perubahan APBD dilakukan melalui mekanisme penyampaian rancangan peraturan daerah tentang perubahan APBD oleh kepala daerah kepada DPRD selambat-lambatnya pada minggu kedua bulan September pada tahun anggaran berjalan agar dapat disetujui bersama. Persetujuan DPRD terhadap rancangan peraturan daerah tentang perubahan APBD selambat-lambatnya tiga bulan sebelum tahun anggaran berjalan berakhir, yang selanjutnya dilakukan evaluasi terhadap peraturan tersebut sebelum ditetapkan. Hasil penetapan dari peraturan daerah tentang perubahan APBD menjadi landasan bagi kepala SKPD untuk menyusun Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran SKPD (DPPA-SKPD). Adapun rincian kegiatannya adalah sebagai berikut:





No	Kegiatan	Tahun Anggaran Berjalan (Bulan ke-)															
		1				8				9				10			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11.	Penetapan Perda Perubahan APBD																
12.	Penyusunan rancangan DPA-SKPD dan diubah menjadi DPPA-SKPD																

c. Pertanggungjawaban Keuangan Daerah

Pengelolaan keuangan daerah perlu menegakkan pilar Akuntabilitas dan Transparansi maka perlu dilakukannya pelaporan serta pengaturan bidang akuntansi. Pemerintah daerah wajib memberikan pertanggungjawaban atas pengelolaan keuangan daerah yang berupa Laporan Realisasi Anggaran (LRA), Neraca, Laporan Arus Kas (LAK), serta Catatan atas Laporan Keuangan (CaLK). Laporan keuangan SKPD tersebut harus disampaikan terhadap kepala daerah melalui PPKD dengan masa waktu selambat-lambatnya dua bulan setelah tahun anggaran berakhir. Selanjutnya PPKD menyusun laporan keuangan pemerintah daerah dengan menggabungkan seluruh laporan keuangan SKPD dengan masa waktu tiga bulan setelah tahun anggaran berakhir. Pemeriksaan pada pengelolaan keuangan daerah dilaksanakan oleh BPK (Badan Pemeriksa Keuangan) sebagai auditor yang bersifat independen dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP). Setelah dilakukan pengukuran terhadap standar yang berlaku BPK akan mengeluarkan pendapat tentang kewajaran terhadap laporan keuangan pemerintah daerah. Selanjutnya pemerintah daerah akan melaporkan pengelolaan keuangan daerah kepada masyarakat melalui DPRD. Adapun rincian kegiatannya adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Proses Pertanggungjawaban Keuangan Daerah

No	Kegiatan	Tahun Anggaran Setelah Tahun Anggaran Berkenaan Berakhir (Bulan ke-)											
		1				2				3			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan Laporan keuangan SKPD dan disampaikan kepada kepala daerah												
2.	PPKD menyusun laporan keuangan pemerintah daerah & disampaikan oleh kepala daerah kepada BPK												

#### 2.4 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Menurut Depkes RI (2010) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan sebuah program kesehatan yang meliputi upaya pelayanan serta pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, ibu nifas, bayi dan balita. Program KIA bertujuan untuk menurunkan kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan serta menjaga kesinambungan pelayanan perinatal dan ibu pada tingkat pelayanan dasar maupun pelayanan rujukan primer (Sistiarani *et al.*, 2014). Terdapat beberapa program untuk mengatasi permasalahan KIA antara lain:

##### a. Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu selama masa kehamilan, dengan pelaksanaan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan pada Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Pelayanan antenatal dalam penerapannya dapat berupa penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, tinggi fundus uteri, dan tekanan darah, Penilaian Status Gizi (pengukuran lingkaran lengan atas), penentuan presentasi janin dan

denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi Tetanus, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan dan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, serta temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

b. Pertolongan pada saat persalinan

Pertolongan pada proses persalinan yang dilakukan tenaga kesehatan merupakan pelayanan persalinan yang aman dengan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten. Penolongan pada proses persalinan memiliki prinsip yang harus diperhatikan yaitu pencegahan terhadap infeksi, tata cara pertolongan persalinan yang sesuai dengan standar, elakukan rujukan terhadap kasus yang tidak bisa ditangani ke tingkat pelayanan selanjutnya, melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), dan pemberian injeksi Vit K1 serta salep mata terhadap bayi baru lahir.

c. Pelayanan kesehatan ibu nifas

Pelayanan kesehatan terhadap ibu nifas merupakan pelayanan kesehatan pada ibu mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan yang sesuai dengan standar. Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah pemeriksaan pada nadi, tekanan darah, suhu, respirasi, tinggi fundus uteri, lochia, payudara, anjuran pemberian ASI eksklusif 6 bulan, pemberian kapsul Vitamin A 200.000 UI sejumlah dua kali serta pelayanan KB pasca bersalin.

d. Pelayanan kesehatan neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus merupakan pemberian pelayanan kepada neonatus dengan jumlah minimal tiga kali pada periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan sesuai dengan standar. Terdapat dua pelayanan yang dilakukan yang pertama adalah pemeriksaan dan perawatan pada bayi baru lahir seperti perawatan pada tali pusat, pelaksanaan ASI Eksklusif, memastikan bahwa bayi telah diberikan injeksi Vitamin K1 dan salep mata antibiotic, pemberian imunisasi hepatitis B-0. Pelayanan yang kedua adalah pemeriksaan dengan pendekatan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda) seperti pemeriksaan terhadap tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri,

diare, berat badan rendah dan permasalahan pada pemberian ASI, pemberian konseling terhadap ibu serta keluarga untuk memberikan ASI eksklusif dan penegahan hipotermi dengan sarana buku KIA serta pemberian penanganan dan rujukan kasus jika diperlukan.

e. Perlakuan deteksi dini serta penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan

Deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko merupakan kegiatan yang dilaksanakan untuk mendeteksi ibu hamil yang memiliki faktor resiko serta komplikasi kebidanan. Komplikasi pada ibu hamil, nifas serta bersalin diantaranya adalah ketuban pecah dini, pendarahan pervaginam, hipertensi dalam Kehamilan (HDK), ancaman terhadap persalinan premature, infeksi berat pada kehamilan, persalinan macet (distosia), serta infeksi pada masa nifas.

f. Penanganan komplikasi kebidanan

Penanganan komplikasi kebidanan merupakan pemberian pelayanan kesehatan pada tingkat dasar dan rujukan terhadap ibu dengan komplikasi kebidanan agar mendapat penanganan definitif oleh tenaga kesehatan dengan sesuai standar. Pelayanan di puskesmas mampu PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar) pada pelayanan obstetri antara lain penanganan perdarahan pada masa kehamilan, nifas dan persalinan, pencegahan serta penanganan hipertensi pada masa kehamilan, infeksi, partus macet, abortus serta stabilisasi komplikasi obstetrik agar dirujuk. Adapun pada pelayanan neonatus antara lain penanganan serta pencegahan asfiksia, hipotermia, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), infeksi neonatus, ikterus, kejang neonatus, gangguan minum, serta stabilisasi komplikasi obstetrik agar dirujuk.

g. Pelayanan neonatus dengan komplikasi

Pelayanan neonatus dengan komplikasi merupakan pelayanan yang dilakukan oleh bidan/perawat/dokter terhadap neonatus dengan kelainan yang menyebabkan kecacatan, kesakitan, serta kematian. Departemen Kesehatan membuat kebijakan untuk menangani kasus ini yaitu tersedianya Puskesmas PONED yang siap memberikan pelayanan selama 24 jam serta tersedianya RS

yang mampu memberikan pelayanan obstetric dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK).

h. Pelayanan kesehatan bayi

Pelayanan kesehatan kepada bayi merupakan pelayanan kesehatan kepada bayi yang berumur 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan jumlah pelayanan minimal sebanyak empat kali. Pelayanan kesehatan kepada bayi yang harus terpenuhi antara lain pemberian imunisasi dasar lengkap (polio 1,2,3,4, campak, BCG, DPT/HB 1,2,3) dan vitamin A 100.000 IU pada periode 6-11 bulan setelah lahir, stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang Bayi (SDIDTK), konseling ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI, serta rujukan untuk penanganan kasus jika dibutuhkan.

i. Pelayanan kesehatan anak balita

Pelayanan kesehatan terhadap balita merupakan usaha untuk deteksi dini terhadap gangguan perkembangan dan pertumbuhan balita serta upaya memberikan stimulasi untuk mengoptimalkan rangsangan dan fungsi dari organ-organ tubuh. Pelayanan kesehatan terhadap balita yang dilakukan oleh tenaga kesehatan antara lain pelayanan yang diberikan minimal delapan kali dalam setahun untuk memantau pertumbuhan yang dicatat dalam buku KIA, pelayanan SDIDTK (Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang) paling sedikit sejumlah dua kali dalam setahun, pemberian Vitamin A dengan dosis tinggi sejumlah dua kali dalam setahun, pemanfaatan serta kepemilikan buku KIA, serta pelayanan menggunakan perspektif MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit).

j. Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan KB merupakan pelayanan yang diberikan untuk dapat membantu dalam penurunan AKI serta menurunkan tingkat fertilitas bagi pasangan yang telah memiliki dua anak dan meningkatkan fertilitas terhadap pasangan yang ingin memiliki anak dengan syarat menghormati hak individu pada perencanaan kehamilan.

## **2.5 Health Account**

### **2.5.1 System of Health Account (SHA)**

*System of Health Account* (SHA) pada mulanya dicetuskan oleh *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) sebuah organisasi internasional yang beranggotakan 35 negara untuk bekerjasama dalam pembangunan ekonomi. OECD mengembangkan yang didalamnya memuat kode akun belanja kesehatan dikenal dengan sebutan *International Classification of Health Account* (ICHA). Tujuan dari SHA adalah untuk menggambarkan sistem perawatan kesehatan dari perspektif pengeluaran baik untuk tujuan internasional maupun nasional. Pendekatan SHA memberikan usulan kerangka kerja yang dapat menggambarkan secara sistematis aliran keuangan terkait pelayanan kesehatan. Adapun menurut OECD (2011) klasifikasi dari SHA adalah sebagai berikut:

1. *International Classification for Health Accounts-Health Care Function* (ICHA-HC)

Tujuan utama dari ICHA-HC adalah untuk melakukan pengelompokan barang dan jasa kesehatan berdasarkan tujuan. Pendekatan ini memiliki kerangka kerja yaitu melakukan pengukuran yang dilakukan setiap terdapat kontak dengan sistem kesehatan, bukan keseluruhan perjalanan penyakit ataupun kondisi kesehatan. Kategori konsumsi perawatan kesehatan pada klasifikasi ini memiliki tujuan untuk mendistribusikan konsumsi kesehatan sesuai dengan jenis kebutuhan konsumen seperti perawatan kuratif, perawatan rehabilitasi, perawatan jangka panjang, layanan penunjang, bahan medis, pelayanan pencegahan, tata kelola dan administrasi sistem kesehatan dan pembiayaan kesehatan, serta pelayanan kesehatan lainnya. Urutan ini disesuaikan dengan jenis perawatan yang sesuai berdasarkan kebutuhan individu seperti, dalam hal pencegahan hal ini dapat mencakup pemantauan kondisi sehat, menentukan gaya hidup sehat, menetapkan deteksi kasus dini melalui diagnosa, uji laboratorium dan fungsional, dan dalam beberapa kasus, melalui resep barang medis.

2. *International Classification for Health Accounts-Health Care Provider* (ICHA-HP)

Klasifikasi ICHA-HP adalah identifikasi pada penyedia layanan kesehatan mencakup organisasi dan aktor yang memberikan barang dan layanan perawatan kesehatan sebagai kegiatan utama. Klasifikasi ICHA-HP bertujuan untuk memperkenalkan klasifikasi penyedia layanan kesehatan dan menjelaskan elemen-elemen utamanya. Hal ini dilakukan untuk melacak pengeluaran perawatan kesehatan berdasarkan kategori penyedia untuk menjawab pertanyaan: Apa bentuk organisasi yang merupakan karakteristik dari penyediaan perawatan kesehatan dalam suatu negara?

Klasifikasi penyedia layanan kesehatan pada pendekatan ini harus bersifat menyeluruh. Banyaknya organisasi yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan menyebabkan semuanya masuk dalam cakupan, terlepas perawatan kesehatan yang disediakan bersifat primer maupun sekunder. Kategori penyedia pelayanan yang dilakukan pada klasifikasi ini seperti rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, penyedia layanan rawat jalan, penyedia layanan penunjang, penyedia alat kesehatan serta bahan medis, penyedia layanan pencegahan, penyedia administrasi kesehatan dan pembiayaan, serta penyedia layanan kesehatan.

### 3. *International Classification for Health Accounts-Health Care Financing Schemes (ICHA-HF)*

Klasifikasi ICHA-HF merupakan pendekatan yang mencakup *Financing Sources* (FS) yaitu institusi yang berfungsi sebagai penyedia sumber biaya serta *Financing Agents* (FA) yaitu institusi yang melakukan pengelolaan dan menerima dana untuk melakukan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut ICHA-HF dapat dijelaskan bahwa terdiri dari dua jenis entitas yaitu skema pembiayaan (seperti layanan kesehatan nasional, asuransi kesehatan sosial dan asuransi sukarela, dan sebagainya) dan unit institusional (agen pembiayaan, seperti unit pemerintah, jaminan sosial agensi, perusahaan asuransi swasta dan sebagainya) yang dalam praktiknya mengoperasikan skema pembiayaan.

Kerangka kerja SHA pada ICHA-HF memungkinkan untuk menganalisis beberapa isu berikut, antara lain: bagaimana skema pembiayaan tertentu mengumpulkan pendapatannya, dari unit kelembagaan ekonomi manakah



pendapatan dari skema pembiayaan tertentu dimobilisasi, bagaimana layanan atau barang perawatan kesehatan tertentu dibiayai, serta kemana uang mengalir.

### 2.5.2 Dimensi *Health Account* (HA)

*Health Account* (HA) merupakan penggambaran aliran pembiayaan atau belanja kesehatan yang dicatat dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, yaitu tindakan monitoring semua transaksi pada tingkat sumber dana sampai dengan pemanfaatannya di wilayah. Tujuannya adalah untuk mengetahui situasi pembiayaan kesehatan secara komprehensif. Pencatatan arus dana dan klasifikasi data pembiayaan kesehatan pada pendekatan *Health Account* dilakukan secara konsisten, komprehensif, dan sistematis. *Health Account* dapat dilakukan pada ruang lingkup nasional yaitu *National Health Account* (NHA), pada ruang lingkup provinsi yaitu *Provincial Health Account* (PHA), serta pada ruang lingkup kabupaten/kota yaitu *District Health Account* (DHA) (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

ICHA (*International Classification of Health Account*) merupakan metode perhitungan yang digunakan pada *National Health Account* (NHA) yang mengelompokkan berbagai jenis pembiayaan kesehatan ke dalam kode mata anggaran sesuai dengan kode akunnya. Hasil dari NHA dapat digunakan sebagai alat membandingkan pembiayaan kesehatan antar Negara sehingga dapat mengetahui kinerja pembangunan kesehatan pada masing-masing Negara, serta menjadi landasan dalam menyusun kebijakan pembiayaan kesehatan nasional. PHA/DHA adalah *Health Account* yang memiliki ruang lingkup di wilayah provinsi atau kabupaten/kota. DHA sangat diperlukan pada tingkat kabupaten/kota mengingat Indonesia telah menerapkan desentralisasi ke tingkat kabupaten/kota. DHA dapat memberikan gambaran jumlah belanja kesehatan rumah tangga yang digunakan dalam pembayaran pelayanan kesehatan baik menggunakan asuransi ataupun secara langsung, serta juga memberikan perbaikan terhadap kekurangan pada sistem pembiayaan kesehatan dan bahan advokasi (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

*District Health Account* (DHA) dilaksanakan untuk dapat meninjau kecukupan dana kesehatan, keakuratan pengalokasian anggaran, serta efektifitas pembiayaan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. Sehingga DHA dapat menjadi legitimasi bagi para pemangku kepentingan (*stakeholder*) pada daerah kabupaten/kota untuk menentukan arah kebijakan dalam perencanaan pembiayaan kesehatan (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

Pendekatan DHA akan memberikan data anggaran yang menyeluruh dengan didukung informasi mengenai data jumlah total dana yang ada dalam subsistem pembiayaan kesehatan, bagaimana penggunaan dana berdasarkan sumbernya, provider, mata anggaran, fungsi, pengelola dana serta penerima manfaat dari setiap kegiatan ataupun program yang telah dibiayai. Sehingga pengambilan keputusan mengenai penyusunan alokasi anggaran kesehatan pada tahun berikutnya tidak hanya berdasarkan dari penggunaan anggaran kesehatan pada tahun sebelumnya dengan menaikkan pada besaran persentase tertentu saja melainkan berdasarkan data yang akurat dan lengkap (Sitorus & Nurwahyuni, 2017).

Terdapat sembilan dimensi yang dapat menggambarkan ciri dari belanja kesehatan pada DHA. Setiap data biaya kesehatan yang dikumpulkan, diberikan identitas dan ditelaah berdasarkan sembilan dimensi tersebut, yaitu:

a. Sumber Biaya/*Financing Sources* (FS)

Sumber pembiayaan merupakan institusi/unit yang menyediakan biaya kesehatan. Sumber pembiayaan dapat ditelaah melalui dua sumber yaitu dana publik serta dana non publik yang dijabarkan sebagai berikut :

1) Dana Publik

a) Dana Pemerintah Berdasarkan Sumber Kewilayahan

(1) Dana Bersumber Pemerintah Pusat

(a) Kementerian Kesehatan

(b) Kementerian Lainnya (dana kesehatan di Kabupaten)

I. Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar Menengah

II. Kementerian Dalam Negeri

- III. Kementerian Sosial
- IV. Kementerian Hukum dan HAM: LAPAS
- V. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
- VI. Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
- VII. Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
- VIII. Badan Narkotika Nasional (BNN)
- IX. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak
- X. Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM)
- XI. Badan Nasional Penanggulangan Bencana
- XII. Diluar Kementerian Kesehatan Lainnya
  - (c) APBN: Donor Pinjaman
  - (d) APBN: Donor Hibah
  - (2) Dana Bersumber Pemerintah Daerah
    - (a) Pemerintah Provinsi (PAD)
    - (b) Pemerintah Kabupaten/Kota (PAD, DBH, DAU, DAK)
  - b) Dana Publik Lain
    - (1) Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) oleh sektor publik
    - (2) Dana Publik Lain-Lainnya
      - (a) Dana BUMN (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
      - (b) Dana BUMD (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
      - (c) Sumber Publik Lainnya
  - 2) Dana Non Publik (Non Pemerintah)
    - a) Biaya Pelayanan Kesehatan Perusahaan Swasta (Kesehatan Karyawan)
    - b) Belanja Kesehatan Rumah Tangga
      - (1) Pengeluaran tambahan (*Cost-sharing*) Rumah Tangga
      - (2) *Out of Pocket* (OOP) Rumah Tangga
    - c) Lembaga Sosial/Yayasan
    - d) Dana Non-publik Lainnya
      - (1) Penerimaan Negara Bukan Pajak oleh Badan Swasta
      - (2) Lain-lain Dana Swasta
        - (a) Donor: Hibah kepada swasta

(b) Dana Swasta lainnya diluar donor kepada swasta

b. Pengelola Anggaran/*Financing Agents* (FA)

Pengelola Anggaran merupakan unit atau institusi yang melakukan pengelolaan dan menerima dana untuk membeli ataupun membayar jasa dan barang kesehatan.

Pengelola anggaran dalam sistem kesehatan antara lain adalah:

1) Pemerintah

a) Pemerintah Pusat

- (1) Kementerian Kesehatan
- (2) Kementerian/Lembaga/Badan Lainnya
  - (a) Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar Menengah
  - (b) Kementerian Dalam Negeri
  - (c) Kementerian Sosial
  - (d) Kementerian Hukum dan HAM: LAPAS
  - (e) Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
  - (f) Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
  - (g) Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
  - (h) Badan Narkotika Nasional (BNN)
  - (i) Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak
  - (j) Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM)
  - (k) Badan Nasional Penanggulangan Bencana
  - (l) Diluar Kementerian Kesehatan Lainnya

b) Pemerintah Daerah

- (1) Pemerintah Provinsi
- (2) Pemerintah Kabupaten/Kota
  - (a) Pemkab: Dinas Kesehatan
  - (b) UPT Puskesmas
  - (c) RSUD Kabupaten/Kota (Jika PPK BLUD RS)
  - (d) Pemda Kabupaten/Kota (Jika PPK RS Non BLUD)
  - (e) Dinas Pendidikan
  - (f) Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan KB
  - (g) Dinas Sosial

- (h) Bagian Kesra Setda Kabupaten/Kota
- (i) Bappeda Kabupaten/Kota: Bidang Sosial Budaya
- (j) SKPD Pemerintah Kabupaten/Kota lainnya

2) Perusahaan Asuransi

- a) Perusahaan Asuransi Komersial
- b) Perusahaan Asuransi Non Profit (Nirlaba)

3) Perusahaan Swasta (diluar Perusahaan Asuransi Swasta)

4) LSM/Yayasan/Lembaga Sosial

- a) LSM/Yayasan/Lembaga Sosial Nasional
- b) LSM/Yayasan/Lembagas Sosial Asing

5) Rumah Tangga

- a) OOP diluar *cost sharing*
- b) OOP *cost sharing*
- c) Lainnya

c. Penyelenggara Pelayanan/*Health Providers* (HP)

Penyelenggara Program merupakan unit atau institusi yang mendapatkan dana dan menggunakan dana untuk melakukan produksi barang serta jasa pelayanan kesehatan. Penyelenggara pelayanan adapun daftarnya adalah sebagai berikut:

1) Rumah Sakit

- a) Rumah Sakit Umum
  - (1) Rumah Sakit Umum Pemerintah (Vertikal)
  - (2) Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi
  - (3) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota
  - (4) Rumah Sakit Polri
  - (5) Rumah Sakit TNI
  - (6) Rumah Sakit Umum Lainnya

b) Rumah Sakit Jiwa

- (1) Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Pusat (Vertikal)
- (2) Rumah Sakit Jiwa Propinsi

c) Rumah Sakit Khusus (selain RS Jiwa)

- (1) Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO)

- (2) Rumah Sakit Mata
  - (3) Rumah Sakit Ibu dan Anak
  - (4) Rumah Sakit Paru
  - (5) Rumah Sakit Khusus Lainnya
- 2) Fasilitas Perawatan Jangka Panjang (Panti Perawatan Jangka Panjang)
- a) Panti Perawatan Jangka Panjang
  - b) Panti Kejiwaan dan Rehabilitasi Ketergantungan Obat
- 3) PPK Rawat Jalan
- a) Praktek Dokter
    - (1) Praktek Dokter Umum
    - (2) Praktek Dokter Spesialis
  - b) Praktek Dokter Gigi
  - c) Praktek Tenaga Kesehatan Lainnya
  - d) Klinik Rawat Jalan
    - (1) Klinik Pelayanan KB
    - (2) Klinik Rehabilitasi Pecandu Narkoba dan Gangguan Jiwa
    - (3) Klinik Pelayanan Bedah untuk Rawat Jalan
    - (4) Klinik Pelayanan Dialisis
    - (5) Klinik Pelayanan Rawat Jalan Spesialis Lainnya
    - (6) Klinik Pelayanan Reintegrasi Lainnya
  - e) PPK *Home Care*
- 4) PPK Penunjang
- a) Layanan Jasa Transportasi Pasien dan Kedaruratan
  - b) Laboratorium Diagnosa Medis
  - c) PPK Penunjang Lainnya
- 5) Penyedia Alat Kesehatan dan Bahan Medis (Retail)
- a) Penyedia/ Toko Obat
  - b) Penyedia/ Toko Bahan Medis Habis Pakai
  - c) Penyedia Alkes dan Bahan Medis Lainnya
- 6) Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan (Prevention)
- a) PPK Dasar (*Primary Health Care*)

- (1) Puskesmas
- (2) PPK Dasar Lainnya
- b) Penyedia Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat
  - (1) Desa Siaga
  - (2) Posyandu
  - (3) Posbindu
  - (4) Poskestren
  - (5) Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat Lainnya
- 7) Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan
  - a) Penyedia Administrasi Kesehatan Pemerintah
    - (1) Kementerian Kesehatan
    - (2) Dinas Kesehatan Provinsi
    - (3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
    - (4) Kementerian Pendidikan
    - (5) Dinas Pendidikan Provinsi
    - (6) Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota
    - (7) Kementerian Sosial
    - (8) Dinas Sosial Propinsi
    - (9) Dinas Sosial Kabupaten/Kota
    - (10) Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
    - (11) Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
    - (12) Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota
    - (13) Kementerian Lingkungan Hidup
    - (14) Badan Lingkungan Hidup Provinsi
    - (15) Badan Lingkungan Hidup Kabupaten/Kota
    - (16) Penyedia Layanan Administrasi Pemerintah Lainnya
  - b) Badan Penyelenggara Asuransi Sosial: BPJS
  - c) Penyelenggara Asuransi Swasta
  - d) Penyelenggara Administrasi Lainnya
- 8) Penyedia Layanan Kesehatan (Rest of Economy): RT dan Industri
- d. Fungsi Kesehatan/*Health Care Function* (HC)

Dimensi Fungsi Kesehatan pada DHA merupakan hasil adopsi dimensi fungsi pada SHA 2011 yang tujuannya adalah untuk memperbaiki, meningkatkan, dan mempertahankan status kesehatan. Fungsi Kesehatan secara umum dapat dibagi sebagai berikut :

- 1) Pelayanan Kuratif
  - (a) Pelayanan Kuratif Rawat Inap
  - (b) Pelayanan Kuratif Rawat Jalan
  - (c) Pelayanan Kuratif Rawat Rumah
- 2) Pelayanan Rehabilitatif
- 3) Pelayanan Rawat Jangka Lama
- 4) Layanan Penunjang
  - (a) Laboratorium Klinis
  - (b) Radiologi Diagnostik (Sinar X, MRI, nuclear)
  - (c) Transportasi Pasien dan Kedaruratan
  - (d) Pelayanan Pendukung Lainnya
- 5) Alat-alat/Bahan Medis
  - (a) Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai
    - (1) Resep Obat
    - (2) Pembelian Obat diluar yang disediakan penyediaan pelayanan kesehatan
    - (3) Obat tidak tahan lama lainnya
  - (b) Alat Terapis dan Alat Medis tahan lama lainnya
    - (1) Kacamata dan produk optik lainnya
    - (2) Alat ortopedi dan produk prosthetic lainnya
    - (3) Alat bantu dengar
    - (4) Alat mediko teknis, termasuk kursi roda
    - (5) Alat medis tahan lama lainnya
- 6) Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat
  - (a) Program Konseling Informasi dan Edukasi (KIE)
  - (b) Program Imunisasi
  - (c) Program Deteksi Dini Penyakit
  - (d) Program Pemantauan Status Kesehatan



- (e) Surveilans Epidemiologi dan Pengendalian Penyakit Menular
- (f) Program Kesiapan Penanganan KLB
- 7) Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan
  - (a) Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan
  - (b) Administrasi Pembiayaan Kesehatan
- 8) Layanan Kesehatan diluar fungsi diatas
  - (a) Program Pemberdayaan Masyarakat
  - (b) Layanan Kesehatan Lain Selain Pemberdayaan Masyarakat
- e. Program Kesehatan (PR)

Dimensi Program Kesehatan yaitu menggambarkan jenis program yang dibiayai dengan belanja dari pengelola anggaran. Program Kesehatan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Program Kesehatan Masyarakat
  - (a) Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi dan Keluarga Berencana (KB)
    - (1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
    - (2) Gizi
    - (3) Imunisasi
    - (4) KB
  - (b) Pelayanan Promosi Kesehatan dan Pencegahan
    - (1) Ibu dan Anak
    - (2) Upaya Kesehatan Sekolah
    - (3) Kesehatan Remaja
    - (4) Kesehatan Kerja
    - (5) Kesehatan Lansia
    - (6) Pengawasan Obat, Makanan, Minuman dan *Hygiene*
    - (7) Kesehatan Lingkungan
  - (c) Pencegahan Penyakit Menular
    - (1) TB
    - (2) Malaria
    - (3) HIV/AIDS

- (4) Diare
- (5) DBD
- (6) ISPA
- (7) Unspecified PM (Gabungan PM)
- (8) Pencegahan Penyakit Menular Lainnya
- (d) Pencegahan Penyakit Tidak Menular
  - (1) DM
  - (2) Hipertensi
  - (3) Jiwa
  - (4) Jantung
  - (5) Unspecified PTM (Gabungan PTM)
  - (6) Pencegahan Penyakit Tidak Menular Lainnya
- (e) Kesiapan dan Penanggulangan KLB serta Bencana
- 2) Program Kesehatan Individu
  - (a) Pelayanan Rawat Jalan
  - (b) Pelayanan Rawat Inap
  - (c) Pelayanan Rehabilitatif
  - (d) Pelayanan Kuratif/Individu Lainnya
- 3) Program Penguatan Sistem Kesehatan
  - (a) Program Penguatan Tata Kelola
    - (1) Penguatan Regulasi
    - (2) Penyusunan Rencana Jangka Panjang dan Strategis
    - (3) Penguatan Manajemen
    - (4) Penguatan Sistem Informasi
    - (5) Penguatan Tata Kelola Sistem Kesehatan Lainnya
  - (b) Sumber Daya Manusia Kesehatan
    - (1) Perencanaan dan Pengadaan SDM Kesehatan
    - (2) Pendayagunaan/Penempatan SDM Kesehatan
    - (3) Pembinaan/Peningkatan Kapasitas SDM Kesehatan
    - (4) Penguatan SDM Kesehatan Lainnya
  - (c) Farmasi, Alat Kesehatan dan Mamin

- (1) Perencanaan dan Pengadaan
  - (2) Logistik dan Distribusi
  - (3) Jaga Mutu dan Penggunaan Rasional
  - (4) Penguatan Sub-sistem Farmasi, Alkes dan Mamin Lainnya
- (d) Pemberdayaan Masyarakat
- (1) Pelatihan dan Pembinaan Kader
  - (2) Kerjasama Lintas Sektor, Swasta dan Modal Sosial
  - (3) Pemberdayaan Masyarakat Lainnya
- (e) Penguatan Sistem Pembiayaan Kesehatan
- (1) Penguatan Tata Kelola Keuangan untuk UKM
  - (2) Penguatan Tata Kelola Keuangan untuk UKP
  - (3) Penguatan Tata Kelola Pembiayaan Kesehatan Lainnya
- (f) Upaya Kesehatan: Penguatan Infrastruktur
- (1) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur UKP
  - (2) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur UKM
  - (3) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur di Unit Penunjang
  - (4) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Lainnya
- f. Jenis Kegiatan/*Health Activity* (HA)

Dimensi Jenis Kegiatan merupakan kegiatan yang dilaksanakan oleh penyelenggara kesehatan dimana secara umum terbagi menjadi dua kegiatan yaitu kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung atau penunjang. Kegiatan langsung merupakan kegiatan yang dapat secara langsung memberikan keluaran program dan berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan. Adapun kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang memberikan keluaran secara tidak langsung terhadap program dan tidak digunakan secara langsung pada proses pelayanan kesehatan. Pembagian jenis kegiatan ini tidak terdapat dalam SHA-1/ICHA akan tetapi sangat diperlukan di Indonesia, utamanya di Kabupaten/Kota terutama setelah pemerintah menerapkan aturan “anggaran berbasis kinerja” yang tercantum dalam Permendagri No.29/2007. Adapun klasifikasi jenjang kegiatan adalah sebagai berikut:

1) Kegiatan Tidak Langsung

- (a) Manajerial dan Koordinasi
- (b) Pengadaan dan Peningkatan Kapitasi Personil (Pendidikan dan Pelatihan)
- (c) Perencanaan dan Penganggaran Program
- (d) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
- (e) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis
- (f) Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- (g) Supervise dan Bimbingan Teknis
- (h) Peningkatan Kesejahteraan Pegawai
- (i) Kegiatan Tidak Langsung Lainnya

2) Kegiatan Langsung

- (a) Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat
  - (1) Promosi dan Penyuluhan Kesehatan
  - (2) Pemeriksaan Mutu Air
  - (3) Pengendalian Vektor (*Vector Control*)
  - (4) Pendataan Sasaran
  - (5) Pengambilan Sampel
  - (6) Survey TTU
  - (7) Surveilans Epidemiologi dan KLB
  - (8) Penemuan dan Pemantuan Kasus
  - (9) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
  - (10) Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan
  - (11) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis
  - (12) Kegiatan Kesehatan Masyarakat Langsung Lainnya
- (b) Kegiatan Program Kesehatan Individu
  - (1) Diagnosi dan Pengobatan
  - (2) Laboratorium dan Dukungan Diagnosis Lainnya
  - (3) Tindakan Medis
  - (4) Rehabilitasi Medik
  - (5) Pelayanan Tranfusi Darah
  - (6) Penyuluhan Individu

(7) Kegiatan Individu Langsung Lainnya

g. Mata Anggaran/*Health Input* (HI)

Dimensi Mata Anggaran adalah pendataan jenis input yang dibeli oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Jenis input tersebut dapat berupa investasi barang modal, belanja operasional serta belanja pemeliharaan. Dimensi Mata Anggaran memiliki perbedaan dengan SHA-1/ICHA. Hal ini untuk mengidentifikasi penggunaan anggaran yang disesuaikan dengan kebijakan “anggaran berbasis kinerja” yaitu untuk mengetahui apakah belanja yang dilakukan cukup untuk kegiatan operasional, serta tidak dihabiskan untuk membelanjakan pada keperluan barang modal. Adapun klasifikasinya adalah sebagai berikut:

1) Investasi

- (a) Pembelian Tanah
- (b) Bangunan/ Konstruksi
- (c) Pengadaan Alat Non Medis
- (d) Pengadaan Alat Medis (Alat Kesehatan dan Kedokteran)
- (e) Fellowship untuk Pegawai
- (f) Investasi Lainnya

2) Operasional

- (a) Kompensasi untuk pegawai
  - (1) Gaji
  - (2) Honorarium
  - (3) Kontribusi Sosial
  - (4) Biaya Lain Terkait Pegawai
- (b) Remunerasi Tenaga Profesional Mandiri
- (c) Bahan dan Jasa yang Digunakan
  - (1) Belanja Pelayanan Kesehatan ke Pihak ke-3
  - (2) Obat dan Bahan Medis
    - I. Obat-Obatan
    - II. Bahan Medis (BMHP, termasuk reagen)
  - (3) Belanja Non-Medis (ke Pihak ke-3)

- I. Perjalanan
- II. Akomodasi
- III. Utilities (telepon, air dan listrik)
- IV. Belanja Jasa Non-Medis Lainnya
  - (4) Bahan Non-Medis
  - (d) Biaya Operasional Lainnya

### 3) Pemeliharaan

- (a) Pemeliharaan Lahan
  - (b) Pemeliharaan Gedung/Konstruksi
  - (c) Pemeliharaan Alat Non-Medis
  - (d) Pemeliharaan Alat Medis
  - (e) Pelatihan Personil
  - (f) Pemeliharaan Lainnya
- h. Jenjang Kegiatan/*Level of Activity* (HL)

Dimensi Jenjang Kegiatan adalah jenjang administratif dimana kegiatan dilakukan. Sebuah kegiatan dapat dilaksanakan sekaligus pada berbagai jenjang. Jenjang kegiatan secara umum diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Pusat
  - 2) Provinsi
  - 3) Kabupaten
  - 4) Kecamatan/Puskesmas
  - 5) Desa/Kelurahan/Masyarakat
- i. Penerima Manfaat/*Health Beneficiaries* (HB)

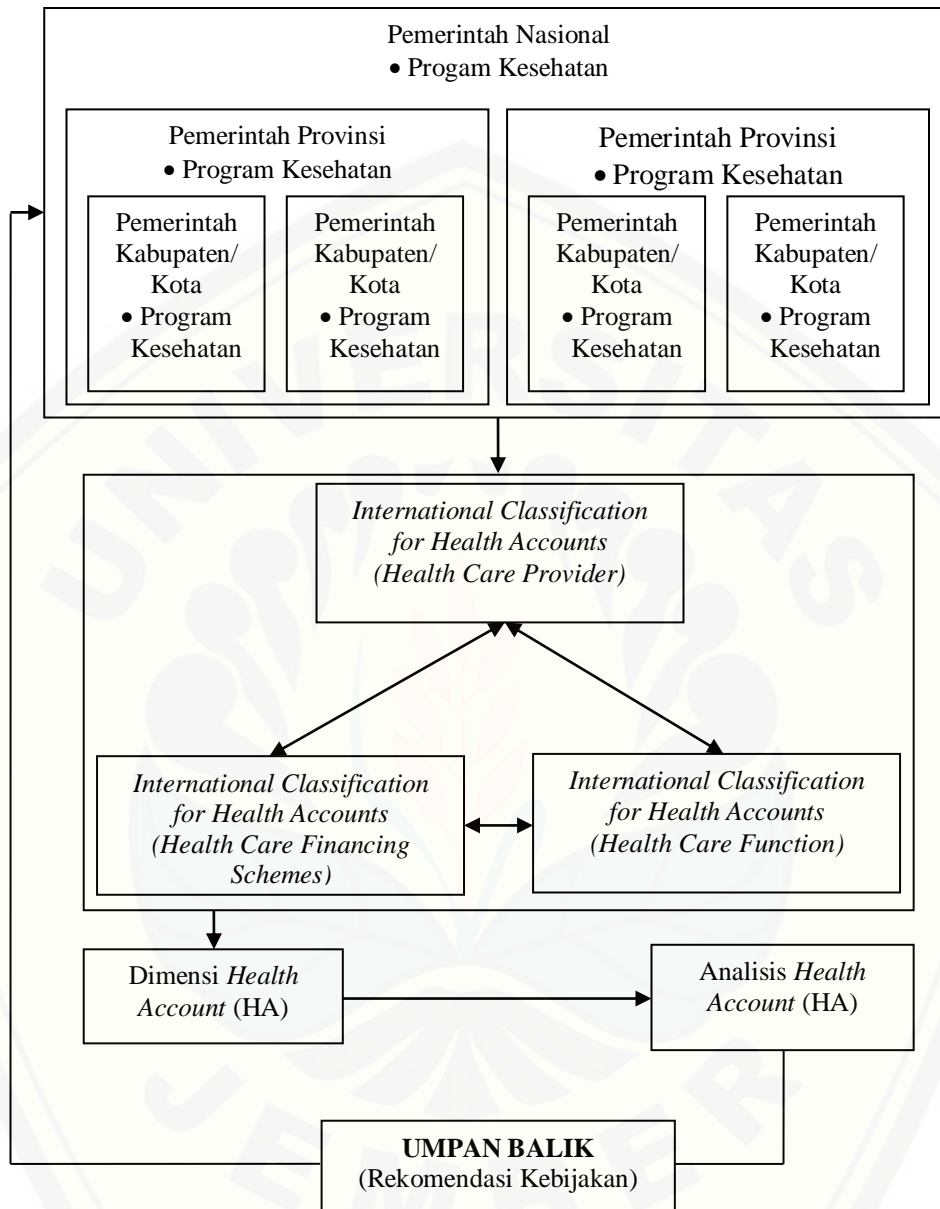
Dimensi Penerima Manfaat merupakan sekelompok orang atau masyarakat yang menerima manfaat secara langsung maupun tidak langsung dari suatu program/kegiatan kesehatan. Adapun kelompok dari penerima manfaat adalah sebagai berikut:

- 1) 0 - <1 Tahun (Bayi)
- 2) 1 - 4 Tahun (Balita)
- 3) 5 - 12 Tahun (Anak Sekolah)
- 4) 13 - 18 Tahun (Remaja)

- 5) 19 - 64 Tahun (Usia Produktif)
- 6) 65+ Tahun (Lansia)
- 7) Semua Kelompok Umur (Semua Penduduk)
- 8) Kelompok Umur Belum Dipilah



## 2.6 Kerangka Teori

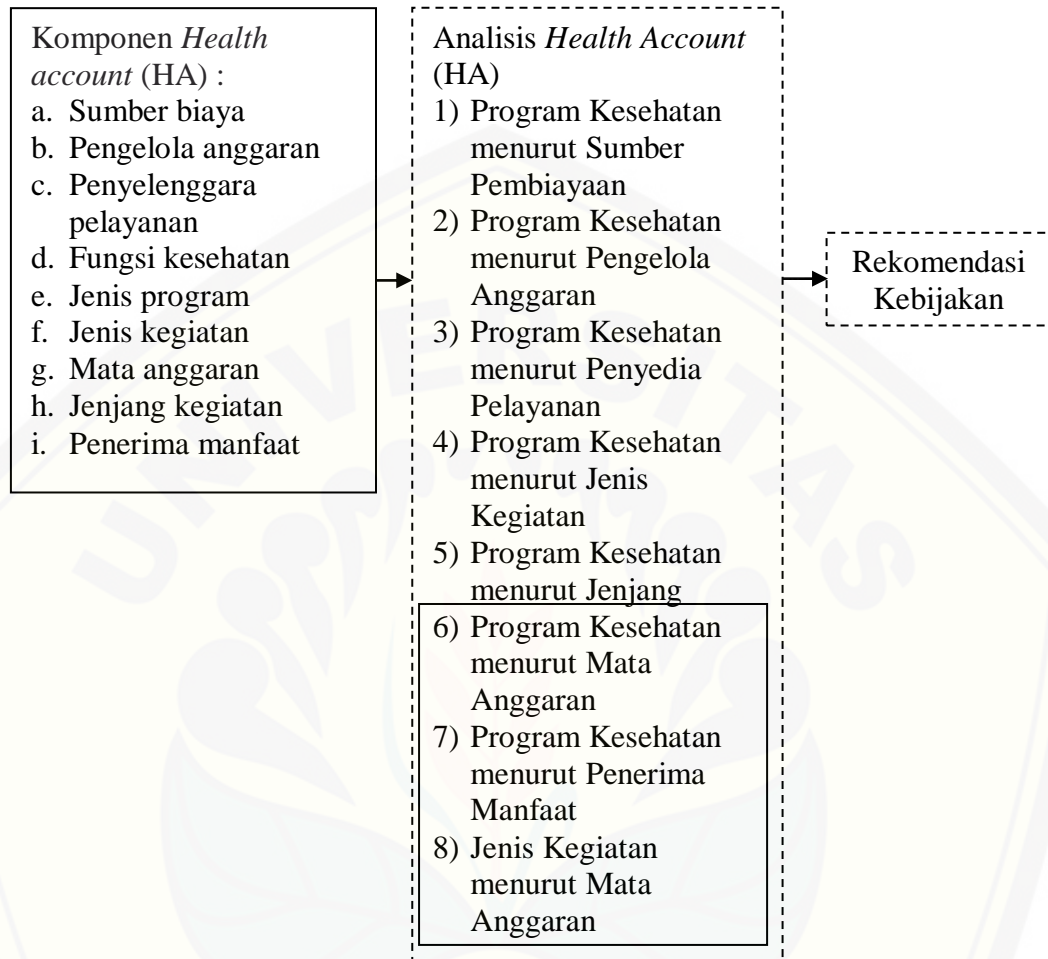


Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Teori *Health Account* PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI (2016),  
Teori *System of Health Account* OECD (2011).

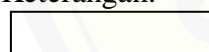


## 2.6 Kerangka Konsep

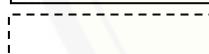


Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:



: Variabel diteliti



: Variabel tidak diteliti

Peneliti menggunakan pendekatan sistem sebagai upaya untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan yang telah dibahas pada penelitian ini. Peneliti melakukan modifikasi terhadap teori sistem kesehatan dengan memasukkan perspektif lainnya yaitu *Health Account* yang digunakan untuk menganalisis pembiayaan kesehatan pada program KIA dikarenakan perspektif ini dianggap mampu untuk memecahkan permasalahan yang ada pada rumusan masalah penelitian ini. Perspektif *Health Account* memiliki sembilan dimensi

yang terdiri dari sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, dan penerima manfaat. Selanjutnya adalah menganalisis pembiayaan program KIA dengan perspektif *Health Account* yang meliputi setiap dimensinya dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat yang dilakukan adalah analisis silang terhadap dua dimensi *Health Account* yang akan menghasilkan delapan tabel silang yaitu program kesehatan menurut sumber pembiayaan, program kesehatan menurut pengelola anggaran, program kesehatan menurut penyedia pelayanan, program kesehatan menurut jenis kegiatan, program kesehatan menurut mata anggaran, program kesehatan menurut jenjang, program kesehatan menurut penerima manfaat, dan jenis kegiatan menurut mata anggaran. Analisis bivariat yang dilakukan penelitian ini hanya pada program kesehatan menurut mata anggaran, program kesehatan menurut penerima manfaat, jenis kegiatan menurut mata anggaran. Analisis yang dilakukan bertujuan untuk meninjau akurasi alokasi anggaran program KIA dan ketepatan penerimaan program KIA terhadap kelompok umur yang berada di masyarakat. Penelitian ini tidak meneliti mengenai rekomendasi kebijakan.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang dilaksanakan guna menggambarkan sebuah fenomena yang terjadi pada kehidupan masyarakat. Penelitian deskriptif secara umum digunakan guna memberikan penilaian terhadap suatu keadaan serta penyelenggaraan suatu program yang sedang berlangsung yang kemudian hasil penilaiannya dimanfaatkan untuk penyusunan perencanaan perbaikan program tersebut. Penelitian deskriptif dalam bidang kesehatan dijadikan metode untuk memotret permasalahan kesehatan juga permasalahan yang terkait suatu kelompok yang berada pada komunitas tertentu (Notoatmodjo, 2018:35-36). Penelitian ini digunakan untuk menggambarkan pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Kabupaten Jember.

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Peneliti menentukan Kabupaten Jember sebagai tempat penelitian. Waktu penelitian ini yaitu bulan Agustus 2019-Januari 2020, dimulai dengan pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian hingga penyusunan laporan.

### **3.3 Unit Analisis dan Responden**

Unit analisis pada penelitian ini adalah instansi yang melakukan kegiatan langsung maupun tidak langsung terhadap program KIA pada tahun 2018 dengan fokus anggaran yang berada pada tingkat daerah. Instansi yang dimaksud adalah instansi dari sektor pemerintahan dan swasta dengan pertimbangan bahwa instansi tersebut memiliki program dan kegiatan yang berkaitan dengan pengeluaran terkait KIA (Syamruth, 2013). Instansi dari sektor pemerintahan yaitu, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Dinas Pendidikan Kabupaten Jember, dan Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana. Adapun untuk instansi dari sektor swasta yaitu LSM GAIN.

Responden dalam penelitian ini adalah:

- a. Penanggung jawab program KIA Dinkes Jember

- b. Kepala Bidang Pelayanan Dinkes Jember
- c. Kepala Bidang Sarana dan Prasarana Kesehatan Dinkes Jember
- d. Kepala Sub Bagian Program dan Informasi Dinkes Jember
- e. Kepala Seksi Kelembagaan dan Kesiswaan PAUD Dispendik Jember
- f. Penanggung jawab BOP PAUD Dispendik Jember
- g. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan DPPPAKB Jember
- h. Ketua LSM GAIN

### 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan uraian yang berisikan batasan dari variabel yang akan diteliti ataupun hal-hal yang akan dilakukan pengukuran oleh variabel yang akan diteliti. Variabel dalam sebuah penelitian diperlukan untuk dibatasi atau definisi yang operasional sehingga variabel tersebut dapat diukur dengan menggunakan alat ukur ataupun instrumen (Notoatmodjo, 2018:111-112).

Variabel dan definisi operasional pada penelitian ini yaitu:

Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
1.	Sumber Biaya/ <i>Financing Sources</i> (FS)	Institusi yang menyediakan biaya kesehatan. a) Dana Publik b) Dana Non Pemerintahan c) <i>Rest of The World</i>	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2.	Pengelola Anggaran/ <i>Financing Agents</i> (FA)	Institusi yang melakukan pengelolaan dan menerima dana untuk membeli ataupun membayar jasa dan barang kesehatan. a) Pemerintah b) Perusahaan Asuransi c) Perusahaan Swasta d) LSM e) Rumah Tangga f) <i>Rest of The World</i>	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
3.	Penyelenggara Pelayanan/ <i>Health Providers</i> (HP)	<p>Institusi yang mendapatkan dana dan menggunakan dana untuk melakukan produksi barang serta jasa pelayanan kesehatan.</p> <p>a) Rumah Sakit  b) Fasilitas Perawatan Jangka Panjang  c) PPK Rawat Jalan  d) PPK Penunjang  e) Penyedia Alat Kesehatan dan Bahan Medis  f) Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan  g) Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan  h) Penyedia Layanan Kesehatan  i) <i>Rest of The World</i></p>	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
4.	Fungsi Kesehatan/ <i>Health Care Function</i> (HC)	<p>Segala aktivitas yang tujuannya adalah untuk memperbaiki, meningkatkan, dan mempertahankan status kesehatan.</p> <p>a) Pelayanan Kuratif  b) Pelayanan Rehabilitatif  c) Pelayanan Rawat Jangka Lama  d) Layanan Penunjang  e) Alat/Bahan Medis  f) Pelayanan dan Pencegahan Kesehatan Masyarakat  g) Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan dan Pembiayaan</p>	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		Kesehatan h) Layanan Kesehatan Lainnya		
5.	Program/Program (PR)	Dimensi Program Kesehatan yaitu menggambarkan jenis program yang dibiayai dengan belanja dari pengelola anggaran. a) Program Kesehatan Masyarakat b) Program Kesehatan Individu c) Program Penguatan Sistem Kesehatan	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
6.	Jenis Kegiatan/Health Activity (HA)	Jenis kegiatan merupakan kegiatan yang dilaksanakan oleh penyelenggara kesehatan. a) Kegiatan Langsung b) Kegiatan Tidak Langsung	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
7.	Mata Anggaran/Health Inputs (HI)	Mata anggaran adalah pendataan jenis input yang dibeli oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. a) Investasi b) Operasional c) Pemeliharaan	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
8.	Jenjang Kegiatan/Level of Activity (HL)	Jenjang Kegiatan adalah jenjang administratif dimana kegiatan dilakukan. a) Pusat b) Provinsi c) Kabupaten d) Kecamatan/ Puskesmas e) Desa/ Kelurahan/ Masyarakat	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
9.	Penerima Manfaat/Health Beneficiary (HB)	Penerima manfaat merupakan sekelompok orang atau masyarakat yang menerima manfaat	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		secara langsung maupun tidak langsung dari suatu program/kegiatan kesehatan. a) 0 - <1 tahun: bayi b) 1 – 5 tahun: balita c) 19 – 64 tahun: usia produktif		program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan dari sumber pertama atau sumber asli. Data primer adalah data yang menjadi sumber dasar yaitu saksi utama pada sebuah objek yang akan diteliti ataupun bukti yang ada dilapangan. Data primer dapat dikumpulkan dari responden dengan instrument tertentu (Sumantri, 2015:226). Data primer pada penelitian ini dikumpulkan dengan cara bertanya pada responden dengan menggunakan panduan wawancara. Hasil wawancara yang dilakukan terhadap responden menjadi data primer pada penelitian ini. Adapun hasil wawancara yang dilakukan terkait dengan sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara layanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan serta penerima manfaat. Wawancara yang dilakukan terhadap responden merupakan bentuk dari demarkasi biaya program KIA di Kabupaten Jember. Responden pada penelitian ini adalah:

- (a) Penanggung jawab program KIA Dinkes Jember
- (b) Kepala Bidang Pelayanan Dinkes Jember
- (c) Kepala Bidang Sarana dan Prasarana Kesehatan Dinkes Jember
- (d) Kepala Sub Bagian Program dan Informasi Dinkes Jember
- (e) Kepala Seksi Kelembagaan dan Kesiswaan PAUD Dispendik Jember
- (f) Penanggung jawab BOP PAUD Dispendik Jember
- (g) Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan DPPPAB Jember
- (h) Ketua LSM GAIN

#### a. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang sumbernya berasal dari selain dokumen langsung dari objek yang diteliti. Data sekunder biasanya berupa data yang telah tersedia dan peneliti hanya mengumpulkan dan mencari data tersebut (Sumantri, 2015:224). Data sekunder pada penelitian ini dikumpulkan dengan cara studi dokumentasi terhadap Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan Laporan Realisasi Anggaran (LRA) pada program KIA. Adapun data yang diambil antara lain nama program, kegiatan, rincian kegiatan, serta jumlah belanja pada masing-masing unit analisis.

### 3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian memiliki sebuah tujuan utama yaitu memperoleh data, sehingga teknik pengumpulan data menjadi langkah strategis dalam sebuah penelitian. Peneliti akan mengalami kesulitan untuk memperoleh data yang memenuhi dari standar data yang ditetapkan jika tidak mengetahui teknik pengumpulan data (Sugiyono, 2012:62). Proses pengumpulan data pada penelitian ini dikumpulkan dengan teknik sebagai berikut:

#### a. Wawancara

Wawancara merupakan sebuah metode yang digunakan pada pengumpulan data. Peneliti akan mendapatkan informasi ataupun keterangan secara lisan dari responden atau dengan bertatap muka serta berbicara dengan responden (*face to face*) (Notoatmodjo, 2018:139). Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti ketika peneliti ingin mengetahui perihal dari responden secara mendalam (Sugiyono, 2012:72). Wawancara pada penelitian ini sebuah bentuk proses demarkasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui perspektif *Health Account* di Kabupaten Jember. Adapun data-data yang akan dikumpulkan adalah sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara anggaran, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan dan penerima manfaat.



## b. Studi Dokumen

Studi dokumen adalah cara mengumpulkan data pada suatu penelitian berdasarkan dokumen seperti rekam medik, status pemeriksaan pasien, laporan, data statistik, dan lainnya (Hidayat, 2010:77). Dokumen adalah catatan kejadian yang telah terjadi yang dapat berbentuk gambar, tulisan, atau sebuah karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2012:82). Penelitian ini melakukan studi dokumentasi dengan mempelajari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/atau laporan realisasi pembiayaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Kabupaten Jember.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan instrumen untuk mengumpulkan data yang menjadi alat ukur fenomena alam ataupun sosial yang akan diamati (Sugiyono, 2012:92). Instrumen penelitian digunakan untuk memperoleh informasi yang menyeluruh terhadap permasalahan alam ataupun sosial. Penelitian ini menggunakan panduan wawancara, *checklist*, serta alat perekam suara berupa telepon seluler sebagai instrumen penelitian.

## 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

### 3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data ditujukan untuk membantu peneliti dalam menyajikan informasi dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Tata cara dalam penyajian data penelitian dilakukan dengan beragam bentuk. Penyajian data pada penelitian ini disajikan dalam tiga bentuk yakni dalam bentuk teks, tabel, serta grafik (Notoatmodjo, 2018:188). Perolehan data pada penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dengan disertai penjelasan dalam bentuk narasi dengan tujuan memberikan gambaran dari hasil tabel tersebut.

### 3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data menjadi hal penting pada sebuah penelitian, data yang sudah diolah tidak akan memperoleh makna jika tidak di analisis. Menganalisis data bukan sekedar menginterpretasikan dan mendeskripsikan data yang sudah diolah.

Akan tetapi keluaran akhir dari analisis data adalah peneliti dapat memperoleh makna dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018:180). Analisis yang digunakan pada penelitian ini antara lain :

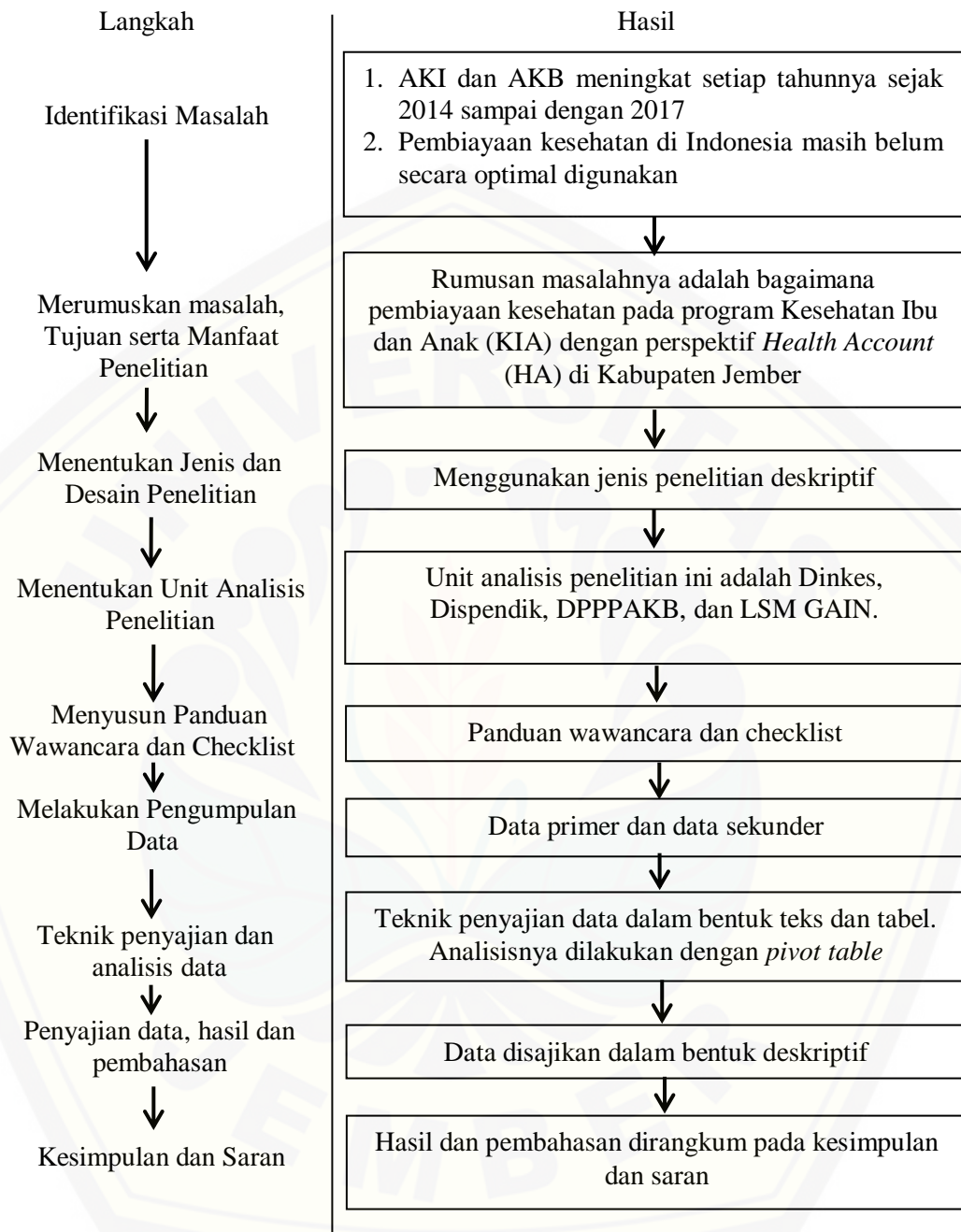
a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk memberikan penjelasan atau menggambarkan karakteristik pada setiap variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2018:182). Analisis univariat pada penelitian ini digunakan untuk melakukan identifikasi pada 9 dimensi *Health Account* (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga memiliki kolerasi atau hubungan (Notoatmodjo, 2018:183). Analisis pembiayaan program KIA tentang program kesehatan berdasarkan mata anggaran dengan menggunakan *pivot table* dalam *Microsoft Excel*. *Cross tab* dimensi HA program kesehatan berdasarkan mata anggaran akan menggambarkan porsi belanja untuk program langsung dan tidak langsung. *Cross tab* dimensi HA program kesehatan berdasarkan penerima manfaat akan memberikan gambaran tentang program kesehatan yang diterima masyarakat berdasarkan kelompok umur. *Cross tab* dimensi HA jenis kegiatan berdasarkan mata anggaran akan menggambarkan alokasi belanja untuk kegiatan langsung dan tidak langsung, alokasi belanja untuk investasi, operasional serta pemeliharaan (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

### 3.8 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

- a. Sumber Pembiayaan program KIA di Kabupaten Jember sebagian besar berasal dari APBD dimana dana tersebut sebagian besar berasal dari DAU dan DAK, sementara pengelola anggaran dan penyelenggara pelayanan didominasi oleh Dinas Kesehatan, sedangkan fungsi kesehatan terbesar adalah transportasi pasien dan kedaruratan yang difungsikan untuk rujukan pasien, program kesehatan terbesar ada pada program penguatan sistem kesehatan yang sifatnya sebagai penunjang, adapun kegiatan yang lebih banyak dilaksanakan adalah kegiatan yang bersifat tidak langsung, selain itu pola belanja pada mata anggaran lebih banyak digunakan untuk belanja investasi dengan kegiatan terbanyak dilaksanakan pada tingkat desa, sedangkan kelompok umur yang banyak menerima manfaat adalah kelompok umur belum dipilah dalam artian kelompok usia produktif, bayi dan balita secara bersamaan meneri manfaat suatu kegiatan.
- b. Pola belanja pada setiap program kesehatan banyak digunakan untuk belanja investasi dengan belanja terbesar berada pada program perencanaan dan pengadaan, sehingga belanja operasional untuk program UKM dan UKP sangat terbatas.
- c. Program kesehatan dan penerima manfaat yang terbesar adalah program penguatan sistem kesehatan yang ditujukan untuk kelompok umur yang belum dipilah, maka dari itu program KIA yang bersifat UKM dan UKP dimana fokus sasarannya adalah kelompok umur tertentu belum dilaksanakan secara optimal.
- d. Mata anggaran pada kegiatan program KIA banyak diprioritaskan untuk belanja investasi pada kegiatan tidak langsung, akibatnya adalah belanja operasional untuk kegiatan langsung sangat terbatas yang berdampak terhadap kinerja program yang tidak optimal.

## 5.2 Saran

- a. Pola perencanaan kebijakan kesehatan Pemerintah Kabupaten Jember seharusnya berlandaskan pada paradigma sehat yang memprioritaskan pada fungsi pelayanan kesehatan bersifat promotif dan preventif, sehingga RPJMD yang disusun harus diarahkan kepada pembangunan berparadigma sehat.
- b. Pemerintah Kabupaten Jember seharusnya melakukan perencanaan anggaran berbasis kinerja (*performance based budgeting*) dan berbasis data (*evidence based*) sehingga penggunaan anggaran tepat guna dan berhasil guna, dengan cara membangun sistem informasi manajemen keuangan daerah yang terintegrasi.
- c. Pembiayaan bersumber DAU harus ditingkatkan dan diarahkan pada jenjang puskesmas, mengingat puskesmas menjadi ujung tombak pada penyelenggaraan pelayanan untuk masyarakat.
- d. Pemerintah Kabupaten Jember seharusnya mengembangkan *Health Account* secara menyeluruh, dengan membuat payung hukum untuk melembagakan pelaksanaan *Health Account* ditingkat daerah sehingga dapat menjadi dasar dalam perencanaan dan pengalokasian anggaran kesehatan di Kabupaten Jember sekaligus mengukur kinerja anggaran kesehatan daerah.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2009. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelangsungan Hidup Anak*. Jakarta: Bappenas.
- Bahri, Z. 2011. Analisis Produktifitas Investasi Sumber Daya Manusia Melalui Sarana Pendidikan dan Pelatihan di Kota Jambi. *Jurnal Paradigma Ekonomika*, 3 (1): 31.
- Bastian, I. 2008. *Akuntansi Kesehatan*. Jakarta: Erlangga.
- Calundu, R. 2018. *Manajemen Kesehatan*. Makassar: Sah Media.
- Departemen Kesehatan. 2010. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Depkes RI
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2019. *Laporan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi Kabupaten Jember Tahun 2018*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

- Dodo, D., Trisnantoro, L., & Riyarto, S. 2012. Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bersumber Pemerintah dengan Pendekatan Health Account. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 1 (1): 21.
- Fadillah, M. 2012. Analisis Implementasi Kegiatan Promotif dan Preventif di Puskesmas Kampus Palembang Tahun 2010. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 3 (2): 160.
- Handayani, D., Sulastri, A., Maria, T., Nurhaeni, N. 2017. Penyimpangan Tumbuh Kembang pada Anak dari Orang Tua yang Bekerja. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20 (1): 48-49
- Handayani *et al.*, 2013. Pemanfaatan Jaminan Persalinan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di 12 Kabupaten/Kota: Mengeliminasi Kendala Sosial Budaya dalam Persalinan Aman. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16 (4): 425-426.
- Hidayat, A. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Helmizar. 2014. Evaluasi Kebijakan Jaminan Persalinan (JAMPERSAL) dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9 (2): 198.
- Indrayathi, P & Hardy, P. 2018. *District Health Account dalam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*. Denpasar: Universitas Udayana.
- International Labour Organization. 2018. *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan Referensi Manual Serikat Pekerja untuk Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030*. Jakarta: ILO.
- Kurrohman, T. 2013. Evaluasi Penganggaran Berbasis Kinerja Melalui Kinerja Keuangan yang Berbasis Value for Money di Kabupaten/Kota di Jawa Timur. *Jurnal Dinamika Akutansi*, 5 (1): 2.
- Larasanti, A. 2017. Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit di RSU Haji Surabaya. *Jurnal Promkes*, 5 (2): 118.
- Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nugraheni, A., Wiyatini, T., & Wiradona, I. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Sleman: CV Budi Utama.
- Nugraheni et al., 2012. *Studi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat Propinsi Maluku*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurkholis & Khusaini, M. 2019. *Penganggaran Sektor Publik*. Malang: UB Press.
- Organization for Economic Co-operation and Development. 2017. *A System of Health Accounts 2011 Revised Edition*. Paris: OECD. [Serial Online]. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts-2011\\_9789264270985-en#page20](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en#page20) [8 Maret 2019].
- Pamungkas, B. 2013. *Dasar – Dasar Manajemen Keuangan Pemerintah Daerah Konsep dan Praktek Berdasar Peraturan Perundangan*. Bogor: Kesatuan Press.
- Perdana, F., & Herawati, H. 2018. Upaya Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Program Literasi Kesehatan dan Hibah Buku di Desa Cintamulya RW 05 Jatinangor. *Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat*, 7 (1): 10.
- Priagung & Mafudi. 2016. Pengaruh Penyerapan Anggaran, Budaya Organisasi, Kepuasan Kerja dan Pengawasan Inspektorat Terhadap Kinerja Keuangan Organisasi Publik (Studi pada Pemerintah Daerah Kabupaten Banjarnegara). *Jurnal Ekonomi dan Bisnis Islam*, 2 (1): 2-3.
- Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kemenkes RI dan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2016. *Modul dan Pedoman Pelatihan District Health Account (DHA) Edisi 3*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI.
- Rachmat, H. 2017. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: UGM Press.
- Ramli, S. 2013. *Bacaan Wajib Para Praktisi Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah*. Jakarta: Visimedia.



Republik Indonesia. 2004. *Undang-Undang RI Nomor 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2006. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2010. *Undang-Undang RI Nomor 2 Tahun 2010 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 47 Tahun 2009 Tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2010*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2018. *Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 21 Tahun 2018 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Subbidang Keluarga Berencana*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

Republik Indonesia. 2018. *Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bantuan Operasional Penyelenggaraan Pendidikan Anak Usia Dini Tahun 2018*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.

- Simamora, R. 2018. *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sistiarani, C., Gamelia, E., & Hariyadi, B. 2014. Analisis Kualitas Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10 (1): 15.
- Sitorus & Nurwahyuni. 2017. Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Serang Tahun 2014 – 2016. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 6 (3): 139-140.
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sulastomo. 2003. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sumantri, A. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Supriyanto, S., Ernawaty, & Budi, F. 2018. *Sistem Pembiayaan dan Asuransi Kesehatan*. Sidoarjo: Zifatama Jawa.
- Syamruth, Y. 2014. Pivot Table Analisis Biaya Program Gizi dengan Perspektif District Health Account (Studi di Kabupaten Sumba Timur tahun 2013). *Jurnal Info Kesehatan*, 13 (2): 750.
- Thabrany, H. 2007. *Introduksi Asuransi Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia.
- Wardani, R. 2014. Analisis Penetapan Prioritas Program Upaya Kesehatan Dasar (Puskesmas) pada Tingkat Pemerintah Daerah (Studi Eksploratif di Kota Bogor Tahun 2013). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3 (4): 200-201.
- Zakeri, M., Olyaeemanesh, A., Zanganeh, M., Kazemian, M., Rashidian, A., Abouhalaj, M., Tofighi, S. 2015. The Financing of the Health System in the Islamic Republic of Iran: a National Health Account (NHA) Approach. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29 (243):2.

**Lampiran A. Lembar Persetujuan (Informed Consent)*****INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

Umur : .....

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian pada penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Geofani Armahdi

NIM : 152110101215

Judul : ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN PADA PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK MELALUI METODE *HEALTH ACCOUNT* DI KABUPATEN JEMBER

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada subjek penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah, serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini dan saya bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

....., ..... 2019

Responden

(.....)

**Lampiran B. Panduan Wawancara Penelitian****PANDUAN WAWANCARA****Pertanyaan diajukan kepada responden yang berasal dari instansi sektor pemerintahan**

Judul : Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak melalui metode *Health Account* di Kabupaten Jember

Tanggal wawancara :

Panduan wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjaawab seluruh pertanyaan yang ada.
  - b. Mohom agar menjawab pertanyaan dengan hati nurani dan jujur.
- 

1. Sumber biaya (FS = *Financing Sources*)

- a. Siapa saja agen penyedia biaya program KIA?
- b. Berapa ketersediaan biaya program KIA?
- c. Apakah ketersediaan biaya program KIA sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
- d. Apakah ketersediaan biaya program KIA cukup dalam memenuhi kebutuhan?

2. Pengelola Anggaran (FA = *Financing Agents*)

- a. Siapa pengelola sumber dana untuk program KIA?
- b. Berapa ketersediaan biaya program KIA di masing-masing pengelola anggaran?
- c. Apakah ketersediaan biaya program KIA sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat oleh masing-masing pengelola anggaran?

3. Penyelenggara Pelayanan/Program (HP = *Health Providers*)

- a. Siapa penyelenggara pelayanan untuk program KIA?
- b. Berapa ketersediaan biaya program KIA di masing-masing penyelenggara pelayanan?

- c. Apakah ketersediaan biaya program KIA sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat oleh masing-masing penyelenggara pelayanan?
4. Fungsi Kesehatan (HC = *Health care Function*)
  - a. Fungsi kesehatan apa yang dihasilkan dari masing-masing kegiatan yang dilaksanakan untuk program KIA?
5. Program Kesehatan (PR = Program)
  - a. Program apa sajakah yang dilaksanakan untuk program KIA?
  - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing program?
  - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
6. Jenis Kegiatan (HA = *Health Activity*)
  - a. Jenis kegiatan apa sajakah yang dilaksanakan untuk program KIA?
  - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing kegiatan?
  - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
7. Mata Anggaran (HI = *Health Input*)
  - a. Apa saja mata anggaran (barang modal, biaya operasional, biaya pemeliharaan) yang dibeli untuk program KIA?
  - b. Berapa total biaya untuk pembelian mata anggaran program KIA?
8. Jenjang Kegiatan (HL = *Level of Activity*)
  - a. Pada jenjang apa kegiatan program KIA dilaksanakan?
  - b. Berapa biaya yang dikeluarkan untuk masing-masing jenjang kegiatan program KIA?
9. Penerima Manfaat (HB = *Health Beneficiaries*)
  - a. Siapa sajakah kelompok masyarakat berdasarkan kelompok umur yang mendapat manfaat dari program KIA?
  - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing kelompok umur tersebut?
  - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?

**Lampiran C. Panduan Wawancara Penelitian****PANDUAN WAWANCARA**

**Pertanyaan diajukan kepada responden yang berasal dari instansi sektor swasta**

Judul : Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak melalui metode *Health Account* di Kabupaten Jember

Tanggal wawancara :

Panduan wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjaawab seluruh pertanyaan yang ada.
  - b. Mohom agar menjawab pertanyaan dengan hati nurani dan jujur.
- 

1. Sumber biaya (FS = *Financing Sources*)

- a. Apa jenis instansi ini ?
- b. Apakah instansi terdapat biaya untuk program KIA?
- c. Berapa ketersediaan biaya program KIA?
- d. Siapa saja agen penyedia biaya program KIA?
- e. Apakah ketersediaan biaya program KIA sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
- f. Apakah ketersediaan biaya program KIA cukup dalam memenuhi kebutuhan?

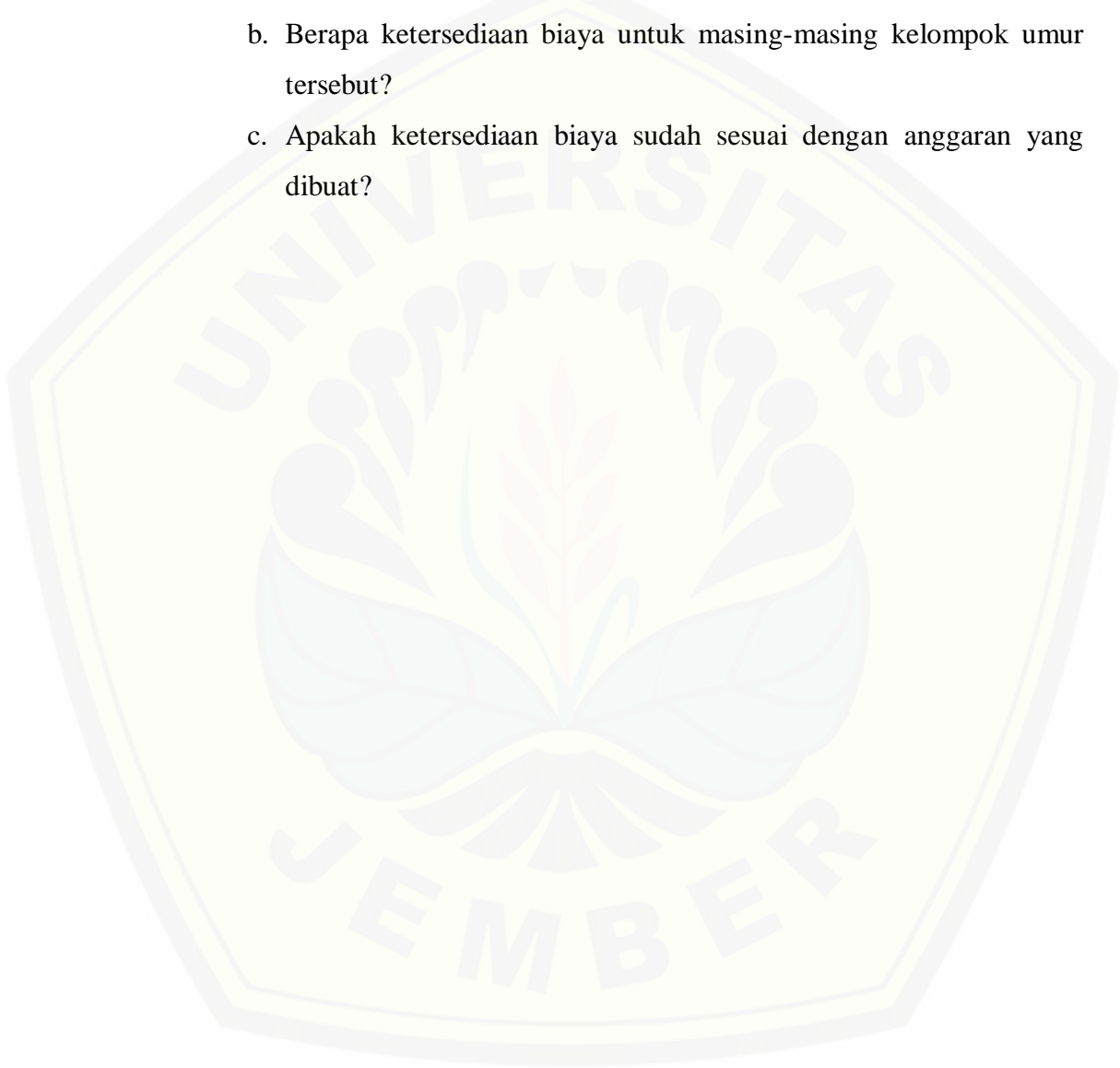
2. Pengelola Anggaran (FA = *Financing Agents*)

- a. Apakah instansi melakukan pengelolaan dan penerimaan anggaran untuk program KIA?
- b. Berapa ketersediaan biaya program KIA di masing-masing pengelola dan penerima anggaran?
- c. Apakah ketersediaan biaya program KIA sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat oleh masing-masing pengelola anggaran?

3. Penyelenggara Pelayanan/Program (HP = *Health Providers*)

- a. Apakah instansi menyelenggarakan pelayanan untuk program KIA?
  - b. Siapa penyelenggara pelayanan untuk program KIA?
  - c. Berapa ketersediaan biaya program KIA di masing-masing penyelenggara pelayanan?
  - d. Apakah ketersediaan biaya program KIA sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat oleh masing-masing penyelenggara pelayanan?
4. Fungsi Kesehatan (HC = *Health care Function*)
- a. Fungsi kesehatan apa yang dihasilkan dari masing-masing kegiatan yang dilaksanakan untuk program KIA?
5. Program Kesehatan (PR = Program)
- a. Apakah instansi memiliki program penanganan KIA?
  - b. Program apa sajakah yang dilaksanakan instansi untuk program KIA?
  - c. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing program?
  - d. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
6. Jenis Kegiatan (HA = *Health Activity*)
- a. Apakah instansi memiliki kegiatan penanganan KIA?
  - b. Jenis kegiatan apa sajakah yang dilaksanakan untuk program KIA?
  - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing kegiatan?
  - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
7. Mata Anggaran (HI = *Health Input*)
- a. Apa saja mata anggaran (barang modal, biaya operasional, biaya pemeliharaan) yang dibeli untuk program KIA?
  - b. Berapa total biaya untuk pembelian mata anggaran program KIA?
8. Jenjang Kegiatan (HL = *Level of Activity*)
- a. Pada jenjang apa kegiatan program KIA dilaksanakan?

- b. Berapa biaya yang dikeluarkan untuk masing-masing jenjang kegiatan program KIA?
9. Penerima Manfaat (HB = *Health Beneficiaries*)
  - a. Siapa sajakah kelompok masyarakat berdasarkan kelompok umur yang mendapat manfaat dari program KIA?
  - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing kelompok umur tersebut?
  - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?





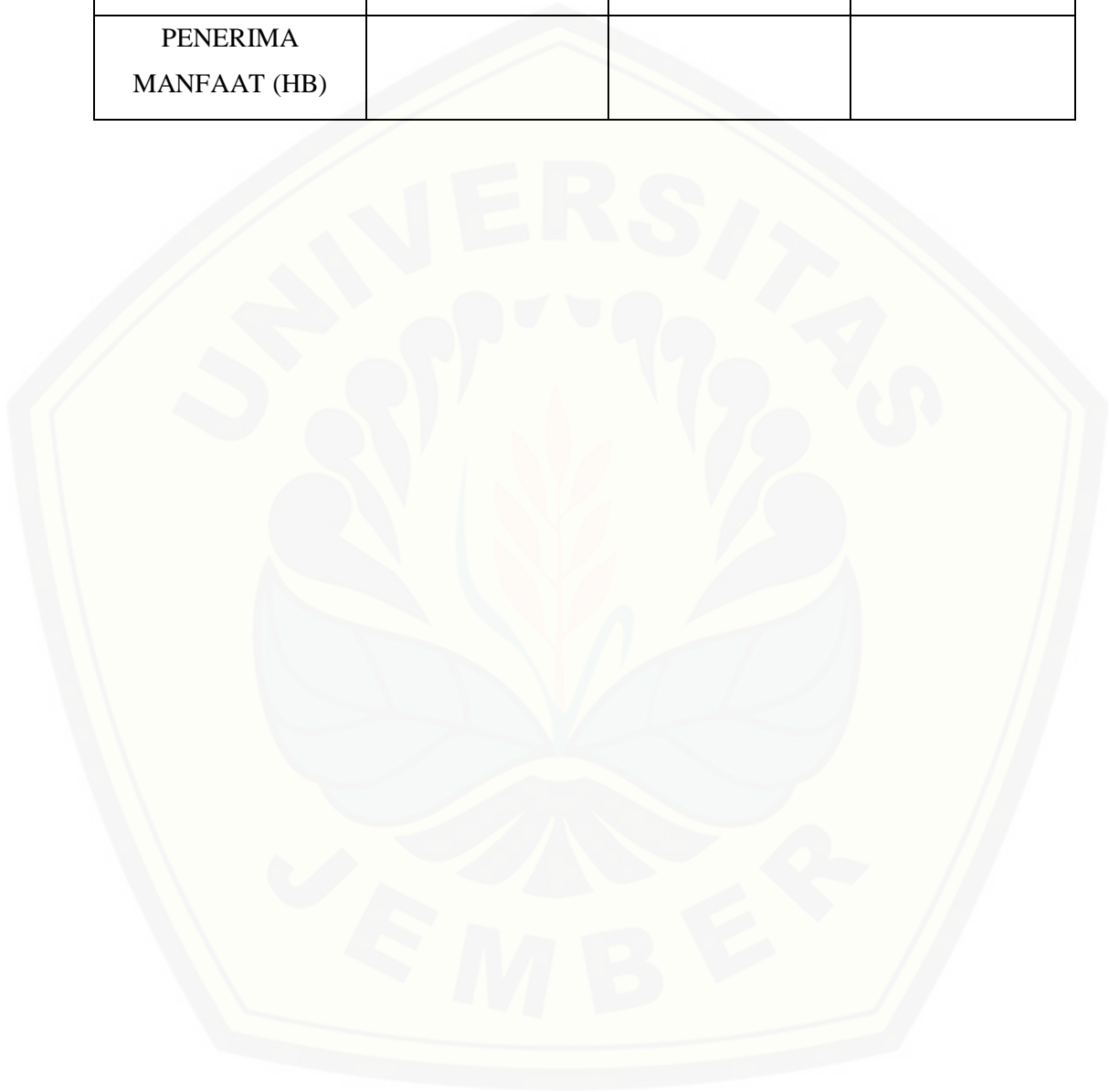
**Lampiran D. Checklist Data Sekunder****CHECKLIST DATA SEKUNDER**

Karakteristik Responden

- a) Nama :
- b) Pendidikan :
- c) Umur :
- d) Instansi :
- e) Jabatan :

PROGRAM			
KEGIATAN			
RINCIAN KEGIATAN			
JUMLAH BELANJA (RP)			
SUMBER BIAYA (FS)			
PENGELOLA ANGGARAN (FA)			
PENYELENGGARA PELAYANAN (HP)			
FUNGSI KESEHATAN (HC)			
PROGRAM (PR)			
JENIS KEGIATAN (HA)			

MATA ANGGARAN (HI)			
JENJANG KEGIATAN (HL)			
PENERIMA MANFAAT (HB)			



**Lampiran E. Dokumentasi**



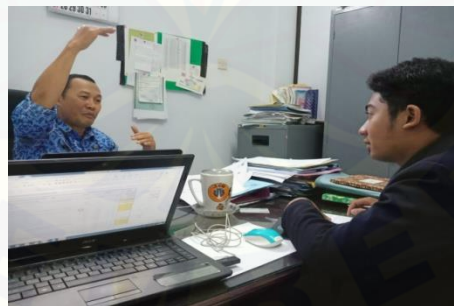
Wawancara dengan Penanggung jawab Program KIA Dinkes Jember



Wawancara dengan Penanggung jawab BOP Paud Dispdik Jember



Wawancara dengan Ketua LSM GAIN Kabupaten Jember



Wawancara dengan Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan DPPAKB Jember